Nr. 18. 1. maja 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Antoni CIESZYŃSKI i Emil MEISELS. Lwów.

Leczenie energją promienną nowotworów złośliwych języka i szczęki [1]).

Z Kliniki Stomatol. Uniw. Jana Kazimierza (Prof. A. Cieszyński) i Zakładu Dra Emila Meiselsa.

II.

Nasze doświadczenia oparte są na 14 przypadkach. Z tej liczby mieliśmy 8 przypadków raka języka, w tem 4 wychodzące z podstawy języka, 6 błony śluzowej w okolicy dna jamy ustnej w pobliżu wyrostka zębodołowego, 1 szkliwiaka szczęki dolnej. Jest to liczba stosunkowo mała w porównaniu z statystykami zagranicznemi, pozwala jednak wysnuć pewne wnioski i daje nam wskazówki dla postępowania w przyszłości.

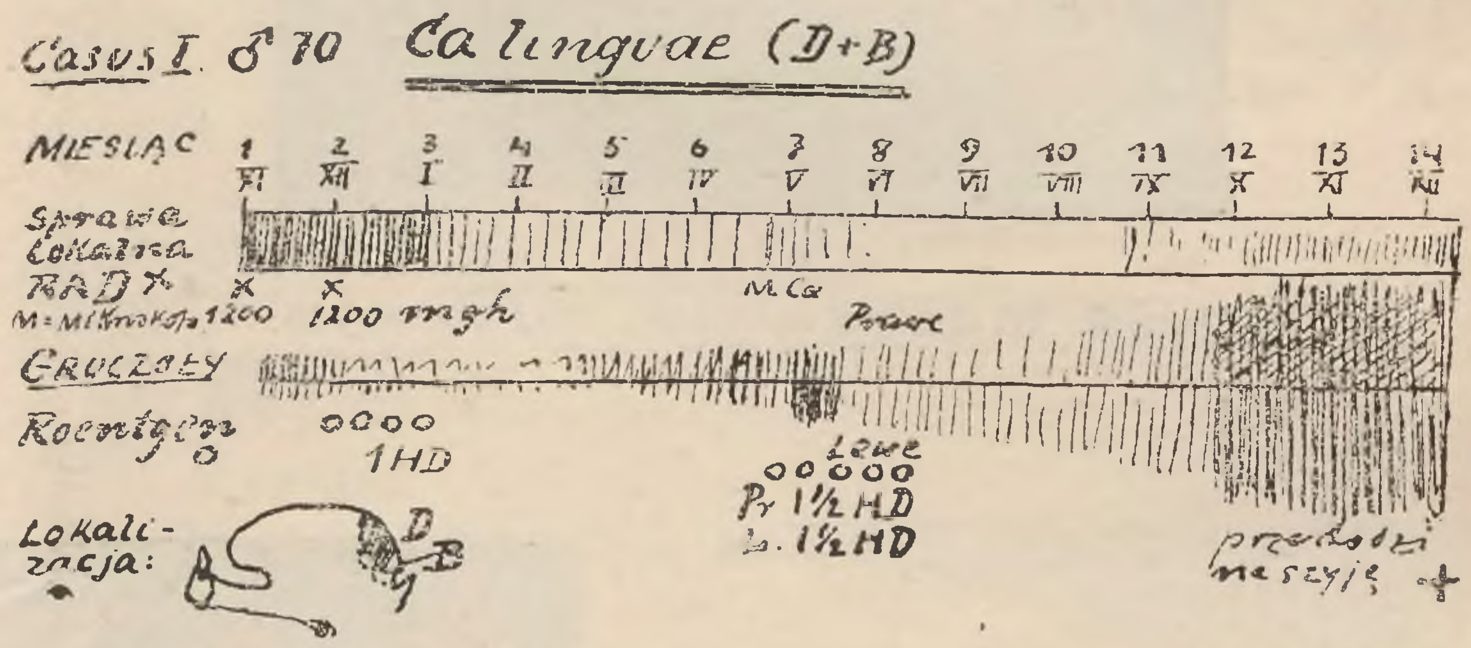


Ryc. 6. Przypadek I. ♂ 70 lat. Ca — Lokalizacja D - B. Owrzodzenie na grzbiecie języka pół roku po leczeniu radem prawie zupełnie oczyszczone. Anatomo - patologicznie w skrawku wyciętym z boku stwierdzono jednak jeszcze obecność komórek rakowych, częściowo w stanie zwyrodnienia.

Przypadek 1. G. J. mężczyzna 70 l. zgłosił się w listopadzie w r. 1927 z rozległem owrzodzeniem na grzbiecie i tylnej części języka (Lokalizacja D—B w ryc. 1.). Owrzodzenie wielkości dwuzłotówki, pokryte szarym nalotem, łatwo broczące. Język w całości zgrubiały i gorzej ruchomy. Choremu zaaplikowano naświetlania radowe w ten sposób, że preparat umieszczono w trzymadle wedle pomysłu Cieszyńskiego, przytwierdzonem do zębów szczęki górnej. (Ryc. 3, 4). Przy zamkniętych ustach preparat radowy przylegał do miejsca nowotworowo zmienionego. Chory otrzymał dawkę 1200 mgh. W grudniu powtórzono naświetlanie i zaaplikowano ponownie tę samą dawkę. W okolicy podszczękowej były po obu stronach wyczuwalne drobne gruczoły. Na gruczoły te zastosowaliśmy naświetlania rentg., po dawce rumieniowej z obu stron w 4 naświetleniach. Chory zgłosił się ponownie w maju 1928. Język znacznie mniejszy i miększy. Owrzodzenie na grzbiecie języka prawie zupełnie oczyszczone. (Ryc. 6). W skrawku stwierdzono jednak obecność komórek rakowych. W okolicy podszczękowej lewej rozlane, twarde bolesne zgrubienie, w prawej twarde gruczoły, wielkości orzecha włoskiego. Chory otrzymał szereg (6) naświetlań rentg. na obie okolice podszczękowe po $1^{1}/_{2}$ dawki rumieniowej na każdą stronę. Naświetlania nie odniosły skutku. Twarde zgrubienie w okolicy podszczękowej prawej powiększały się coraz bardziej tak, że w październiku tego roku stan przedstawiał się następująco: po stronie prawej gruczoły wielkości prawie pięści, po stronie lewej rozlane zgrubienie przechodzi na szyję. Owrzodzenie na grzbiecie języka powiększyło się znowu. U chorego rozpoczęło się charłactwo i jak rodzina potem doniosła, chory zmarł wśród wycieńczenia w grudniu 1928.

U chorego uzyskaliśmy więc tylko czasową poprawę zmiany pierwotnej. Na przerzuty naświetlania nie wpłynęły zupełnie.

Schemat (Ryc. 7) przedstawia graficznie przebieg leczenia i zachowanie się gruczołów.



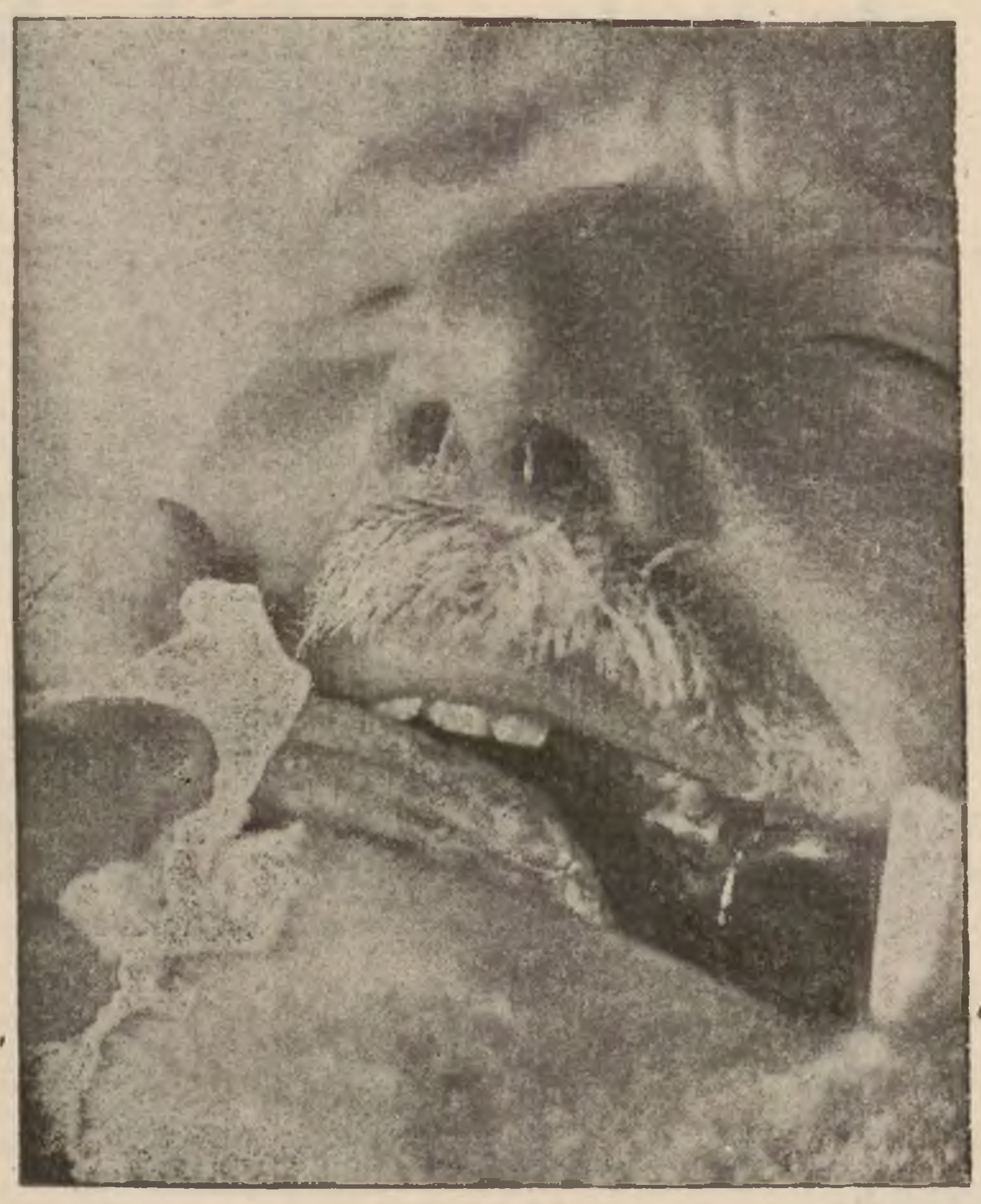
Ryc. 7. Przypadek I. ♂ 70 lat. Pogląd schematyczny na przebieg leczenia i zachowania się gruczołów chłonnych. (Sposób przedstawienia przebiegu leczenia według Cieszyńskiego).

Przypadek 2. P. F. l. 60. urzędnik kolejowy. Podaje, że zauważył od kilku tygodni na lewym brzegu języka owrzodzenie, wielkości około 1-złotówki. Lokalizacja A w ryc. 1. Badanie wykazuje owrzodzenie o poszarpanych brzegach, bolesne i łatwo broczące naprzeciw |6. Język dobrze ruchomy, gruczoły podszczękowe niemacalne. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie raka płaskokomórkowego. Chorego leczono zapomocą radjopunktury. W owrzodzenie i w okolicę wbito 7 igieł zawierających 2 mg radu. Górne końce igieł przyszyto zapomocą szwów jedwabnych do grzbietu języka. Igły pozostawiono przez 5 dni tak, że dawka całkowita wynosiła 11,6 mlcd. (Ryc. 8 i 9). Gdy chory zgłosił się po dwunastu tygodniach było owrzodzenie zupełnie wygojone. W jego miejscu można było jedynie stwierdzić gładką, pozaciąganą niebolesną bliznę. (Ryc. 10). Jednak w $6^{1}/_{2}$ miesiąca później stwierdzono gruczoły w okolicy podszczękowej lewej i prawej wielkości prawie małego jaja kurzego. Gruczoły usunięto obustronnie operacyjnie, a bliznę na szyi naświetlano promieniami rentgenowskiemi, aplikując dawkę rumieniową promieni twardych. (Ryc. 11 i 12). Naświetlanie powtórzono w 2 miesiące później, w październiku 1930. W grudniu tego roku stwierdzono pakiet gruczołów po lewej stronie szyi, wielkości prawie pięści, który powstał nagle w ciągu jednej nocy (ryc. 13); w okolicy podszczękowej rozlane stwardnienie, w jednem miejscu owrzodziałe. Całą tę okolicę naświetliliśmy ponownie promieniami rentg. i naświetlaniami radowemi. Chory otrzymał 1000 mgh radu i 4 dawki rumieniowe twardych promieni rentg. Mimo to jednak zmiany nie cofnęły się wcale; w kilku miejscach przyszło do przebicia skóry. Chory umarł w 2 miesiące później, wśród objawów znacznego wycieńczenia i charłactwa. *Aż do końca utrzymywało się jednak wyleczenie zmian na języku.* W przypadku tym uzyskaliśmy przez radjopunkturę całkowite wyleczenie zmian nowotworowych na języku. Natomiast na rozwój przerzutów nie miały naświetlania wpływu. Wyłuszczenie operacyjne gruczołu wielkości orzecha laskowego było niewystarczające, gdyż już w krótki czas potem wystąpiły przerzuty w gruczołach szyjnych. Te gruczoły okazały się na wpływ energji promiennej zupełnie oporne.

Schemat w ryc. 14 daje pogląd na przebieg leczenia.

[1]) Patrz pierwsza część w P. G. L. Nr. 51. 1931.

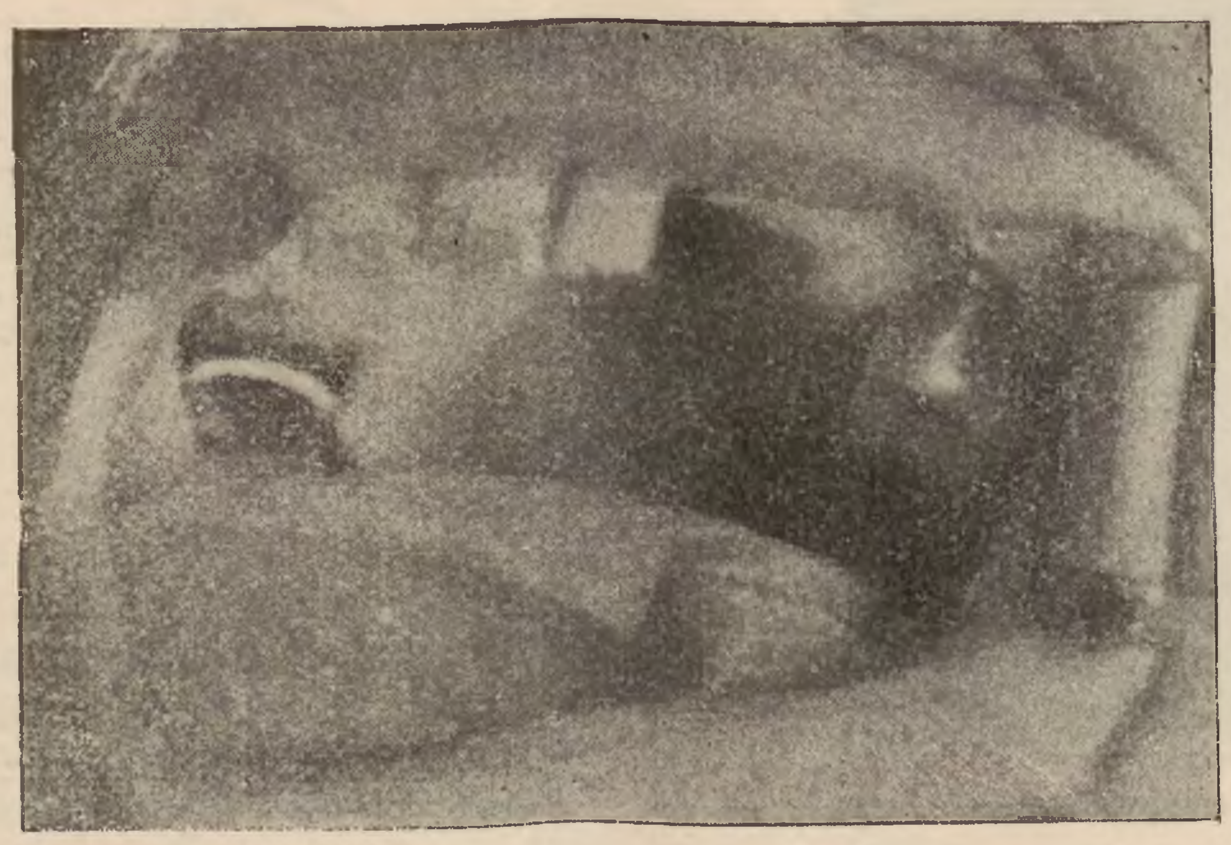
Ryc. 8—14. Przypadek II. ♂ 60 lat. Ca linguae — Lokalizacja D lateralna.



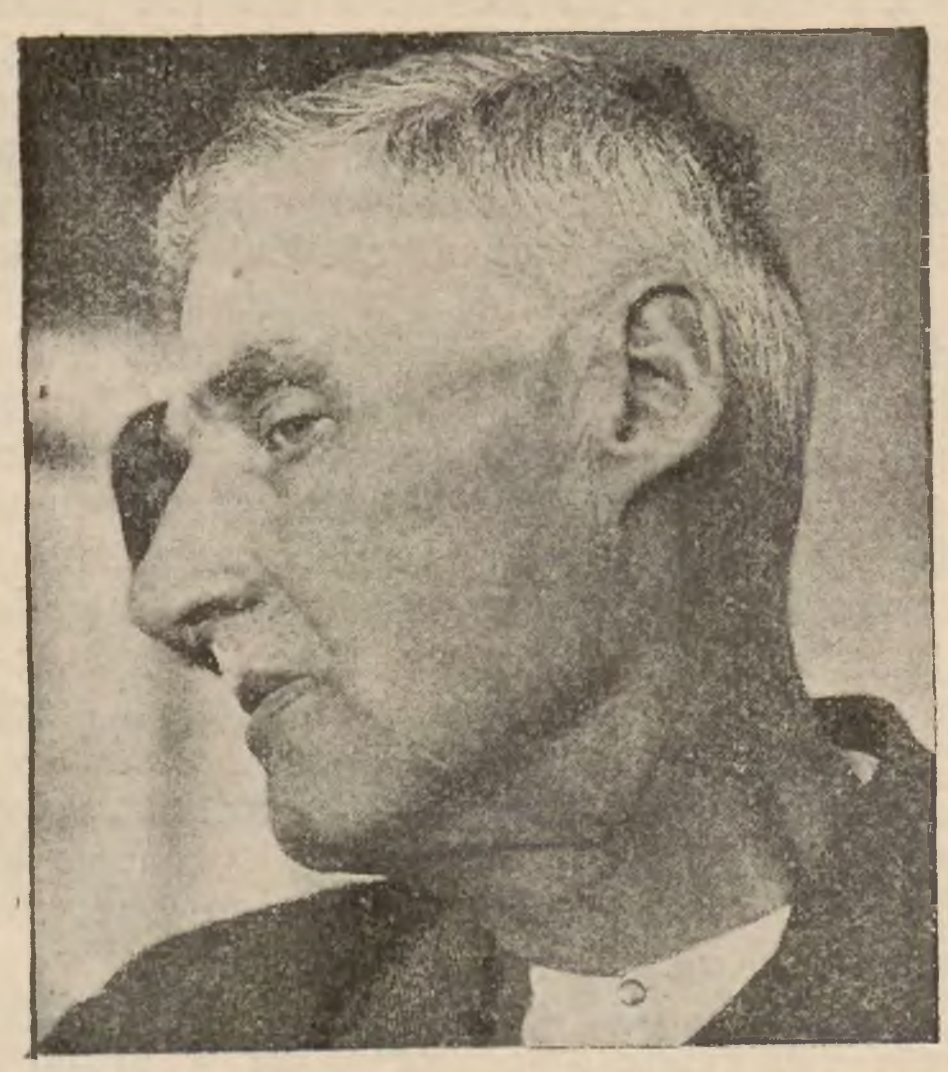
Ryc. 8. 10 dni po założeniu igieł radowych.



Ryc. 9. 14 dni po założeniu igieł radowych.

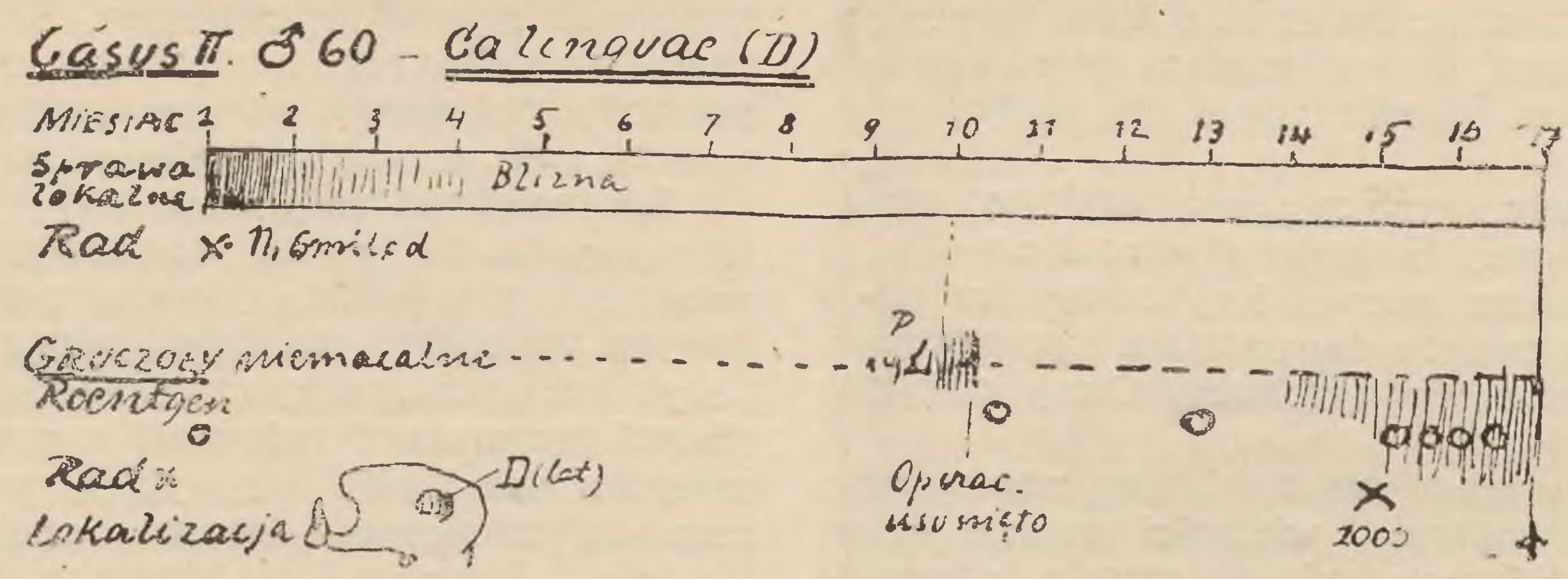


Ryc. 10. Po dwunastu tygodniach owrzodzenie zupełnie wygojone.

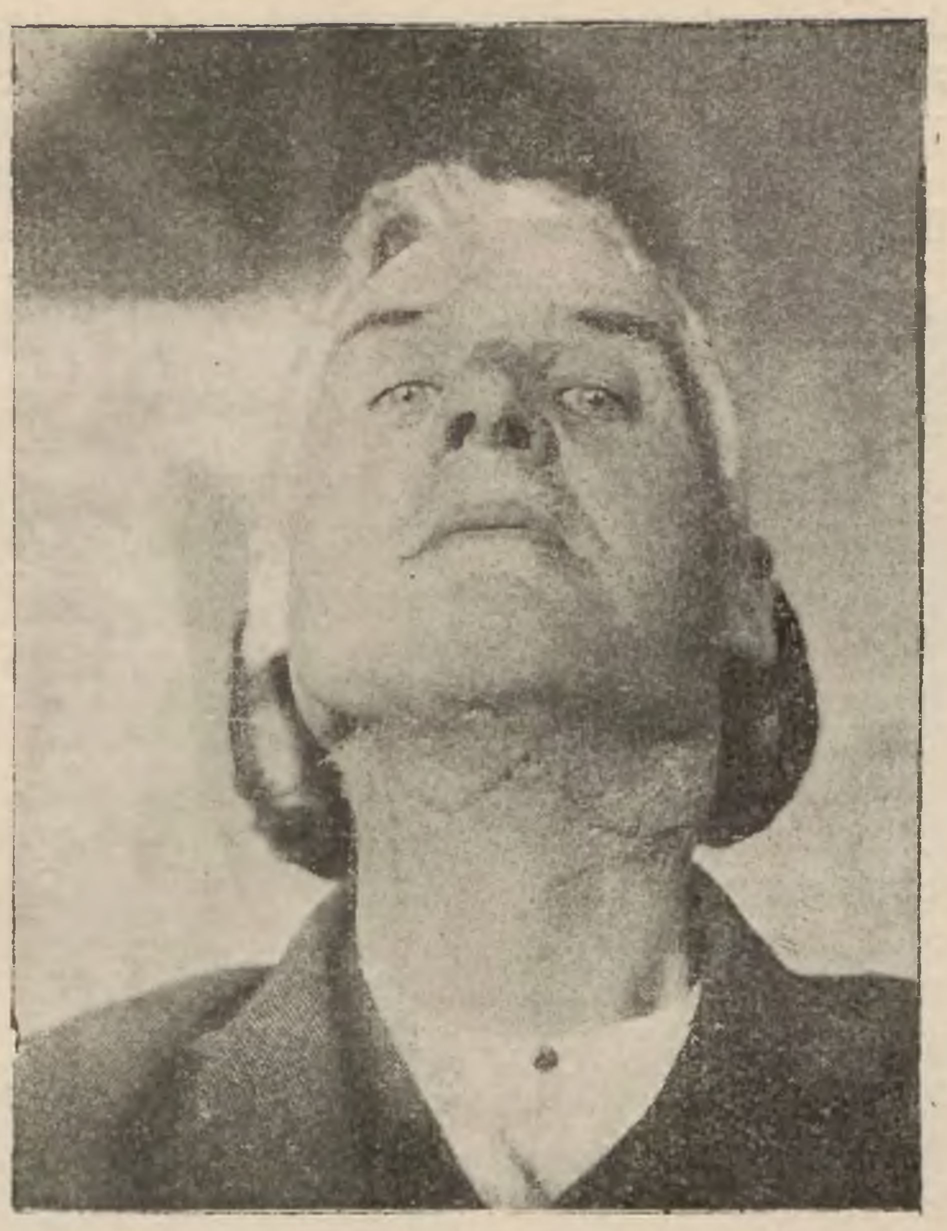




Ryc. 11 i 12. Blizny na szyi po usunięciu gruczołów podżuchwowych.

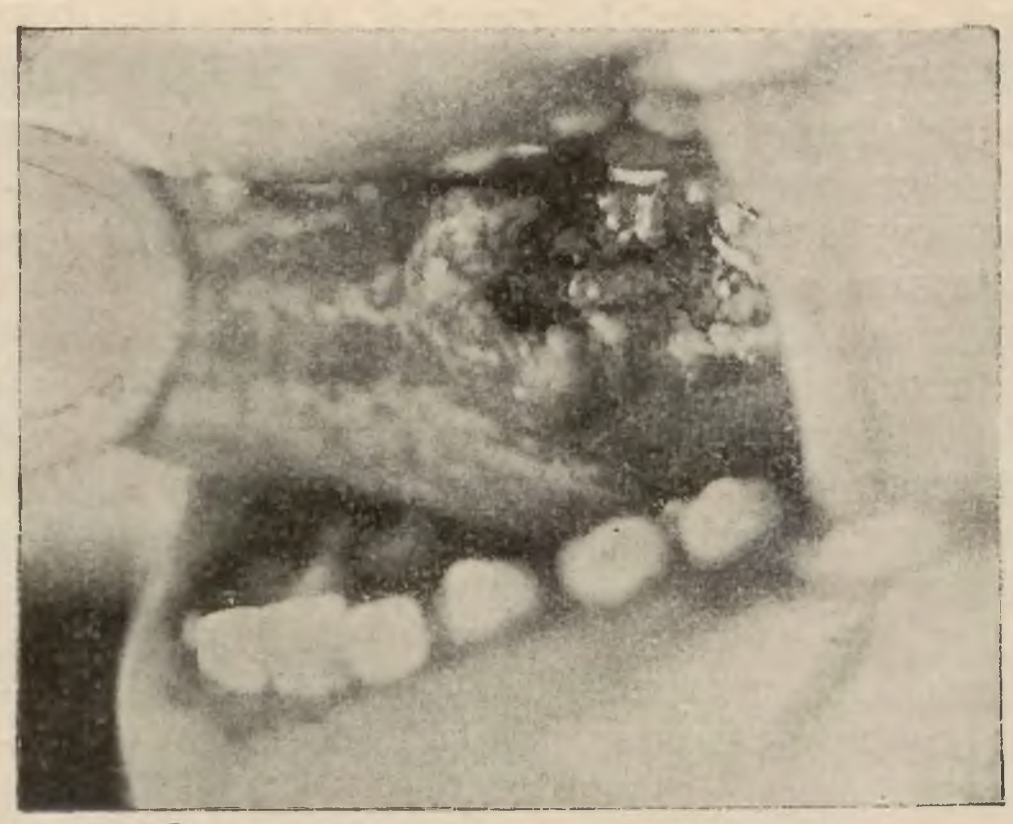


Ryc. 14. Schematyczny pogląd na przebieg leczenia.



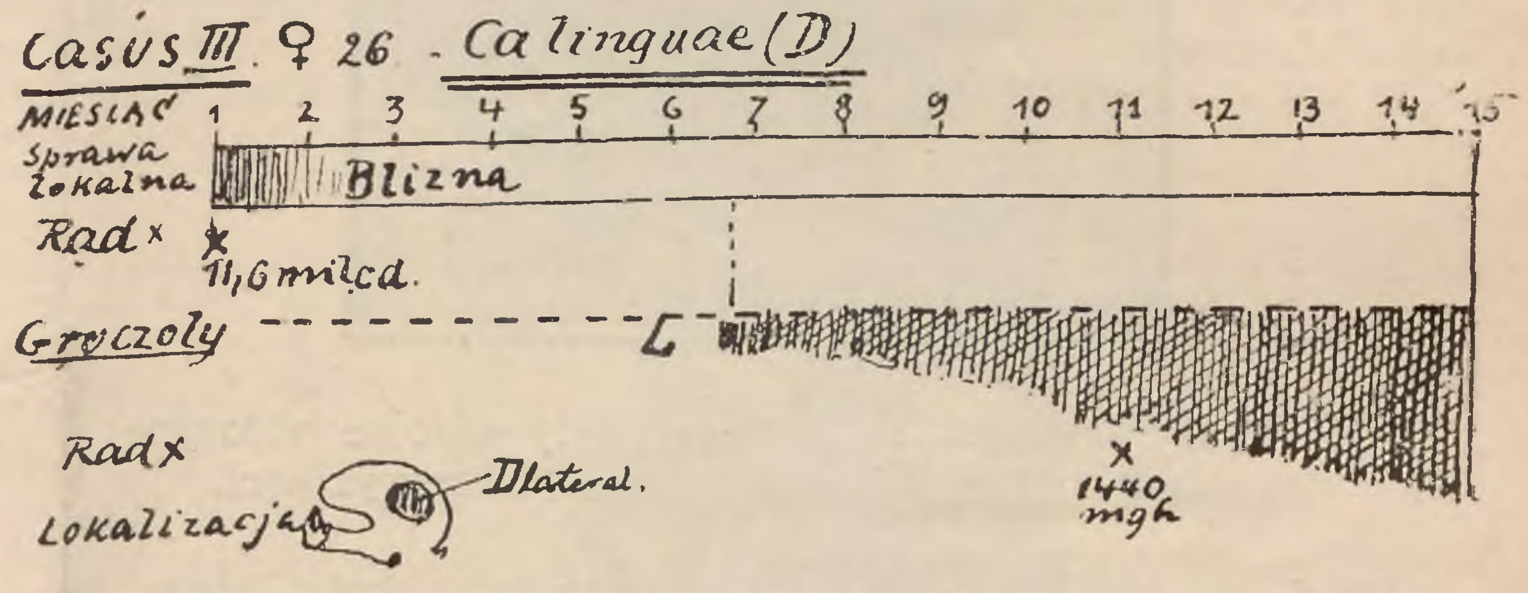
Ryc. 13. Wielki gruczoł na szyi powstaje w ciągu jednej nocy w 14-tym miesiącu, licząc od rozpoczęcia radjoterapji.

Ryc. 15 i 15 a. Przypadek III. ♀ 26 lat. Ca linguae — Lokalizacja D lateral.



Ryc. 15. Zdjęcie fotograficzne przed rozpoczęciem leczenia.

Przypadek 3. N. K. 26 l. żona urzędnika prywatnego. Zgłosiła się z owrzodzeniem na lewym brzegu języka naprzeciw |7 i 8. Owrzodzenie wielkości mniej więcej 5-złotówki. (Ryc. 15). Język w całości lekko zgrubiały, dobrze ruchomy. Gruczoły niemacalne. Chorej wkłuliśmy w owrzodzenie i w okolicę 7 igieł po 2 mg radu, które w sposób wyżej podany przyszyliśmy do języka. Igły pozostały przez 5 dni, dawka całkowita wynosiła 11,6 mlcd. Już w 3 tygodnie później zaczęło owrzodzenie oczyszczać się, a po następnych 6 tygodniach wytworzyła się blizna lekko pozaciągana, niebolesna. W 4 miesiące po ukończeniu leczenia radowego zauważyliśmy gruczoł pod kątem szczęki, wielkości jaja gołębiego. Mimo rady nie usunięto operacyjnie gruczołu. W 3 miesiące później, t. j. w 9 miesięcy po leczeniu radowem wzrosły gruczoły do wielkości dwóch pięści. U chorej rozwinął się szczękościsk i powstały bardzo silne bóle neuralgiczne. W jednem miejscu, mniej więcej 2 palce poniżej kąta szczęki przyszło do przebicia skóry. W przetokę, która tu powstała, włożyliśmy preparat radowy na 72 godz. dawka 1440 mgh. Naświetlanie to okazało się jednak bezskuteczne, i wśród wzmagającego się charłactwa i bardzo silnych bólów neuralgicznych chora zmarła. Zmiana na języku aż do końca życia pozostała wyleczona. — Schemat w ryc. 15 a daje pogląd na przebieg leczenia.



Ryc. 15 a. Schematyczny pogląd na przebieg leczenia.

W tym przypadku podobnie jak w wyżej wymienionym wyleczenie zmiany pierwotnej utrzymało się aż do końca życia. Natomiast przerzuty do gruczołów okazały się zupełnie oporne na wpływ naświetlań nawet preparatu radowego wprowadzonego do wnętrza przerzutów.

Przypadek 4. Ca apicis linguae regionis subling.

Chory B. S., lat 52 podaje, że przed 4 miesiącami zauważył na końcu języka 3—4 wyniosłości wielkości prosa. W 4 tygodnie



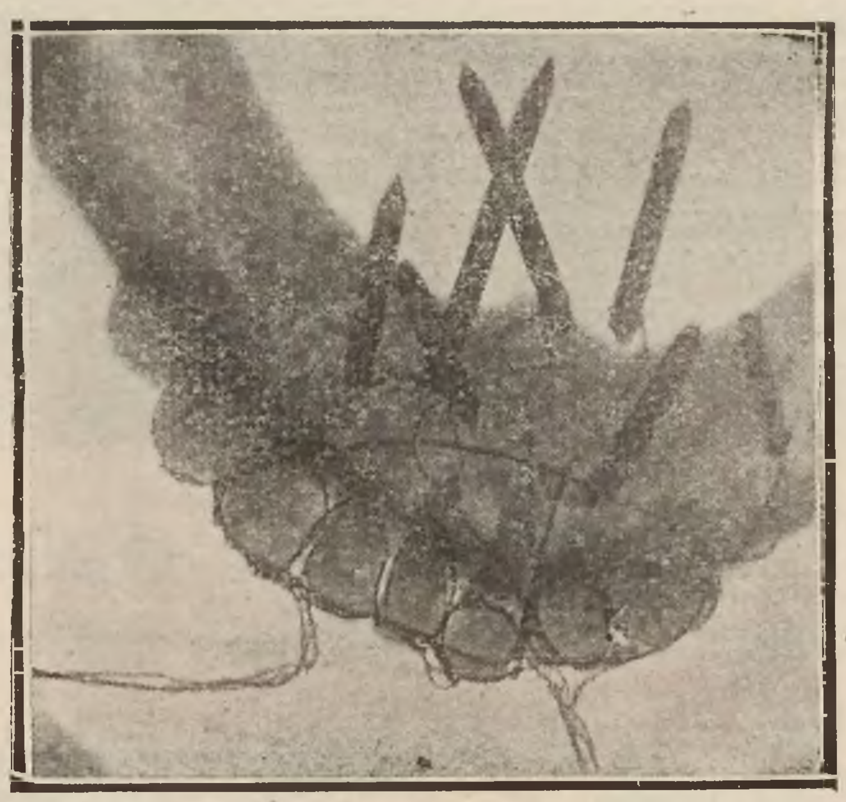
Ryc. 16. Przypadek IV. ♂ 52 lat. *Ca sublinguale* — Lokalizacja pod A. Zdjęcie rentgenowskie przedstawia założone igły radowe, przymocowane drutami, które przeprowadzono wspólnym drenem nazewnątrz (zob. Ryc. 37 i 38).

później pojawiły się podobne wyniosłości pod językiem. Wyniosłości były przeważnie umiejscowione po stronie lewej i były pokryte białym nalotem. Odczuwał w tem miejscu bóle wzmagające się szczególnie wieczorem, promieniujące do okolicy podbródkowej i aż do obu uszu.

Stan obecny. Wałowate zgrubienie pod językiem, umiejscowione bardziej po stronie lewej. Gruczoły niemacalne.

Po znieczuleniu obustronnem nerwu językowego założono 7 igieł radowych po 2 mg w miejscu owrzodzenia i w otoczeniu i przymocowano je drutem do zębów przednich. Chory otrzymał w 4 dniach dawkę 20 mcd.

Gdy chory zgłosił się w 3 miesiące później stwierdzono w okolicy podjęzykowej owrzodzenie wielkości opuszki palca, pokryte szarym nalotem i odsłoniętą kość po stronie językowej w głębi wyrostka zębodołowego wielkości złotówki. Chory skarży się na bardzo silne bóle w tem miejscu. Po kilkakrotnem założeniu setonów z *Propidexem* bóle ustąpiły zupełnie a owrzodzenie zagoiło się.



Ryc. 16a. Przypadek IV. Założone igły radowe widoczne na filmie, wprowadzonym w pozycji zgryzowej.

Po 5-ciu miesiącach nie nastąpiło pokrycie kości błoną śluzową. Gruczoły podbródkowe powiększone do wielkości grochu. Owrzodzenie w częściach miękkich zagojone. Stan ogólny chorego dobry, chory przybrał w przeciągu jednego miesiąca 6 kg.

Celem usunięcia martwiaka i chwiejących się zębów $\overline{21|12}$, wykazujących zapalenie okolicy przyzębnej oraz usunięcia powstałego z tego powodu obrzęku gruczołów podbródkowych wycięto wyrostek zębodołowy w obrębie od $\overline{3|3}$ wraz z martwiakiem i usunięto zęby $\overline{21|12}$. Ranę pokryto błoną śluzową z przedniej części wyrostka zębodołowego. W trzy dni po operacji gruczoły podbródkowe niemacalne.

Do trzech tygodni pokryła się prawidłową błoną śluzową blaszka wewnętrzna kostna żuchwy w miejscu usunięcia martwiaka po stronie prawej, pozostała jednak jeszcze martwa kość nieruchoma na przestrzeni 15 × 8 mm wzdłuż wewnętrznej krawędzi po lewej stronie, odpowiadająca istocie zbitej kości. W tym stanie utrzymuje się już 3 miesiące, nie wykazując skłonności do oddzielenia się i nie dając żadnego odmiennego rysunku na rentgenogramie. Chory nie ma przytem żadnych dolegliwości, gruczoły nie są macalne. Ze względu na wąskie przęsło kostne trzonu w tym odcinku, zwleka się z usunięciem chirurgicznem i czeka się na samoistne wydzielanie martwiaka, który wydzieli się prawdopodobnie w formie niegrubej łuski. Chory pozostaje nadal w obserwacji.

Przytoczyliśmy obszernie historje chorób tych przypadków, gdyż pozwalają one z jednej strony ocenić skuteczność różnych metod lecznictwa radowego, z drugiej zaś pozwalają wyciągnąć wnioski co do postępowania w przyszłości. W przypadku pierwszym naświetlanym w ten sposób, że do miejsca nowotworowo zmienionego przyłożono preparat radowy na kilkanaście godzin, mieliśmy wynik tylko częściowy i przemijający. Wyniki tej metody naświetlań są, jak z wyżej przytoczonych obcych zestawień wypływa, zazwyczaj tylko przejściowe. Jedynie w przypadkach z zmianami bardzo ograniczonemi, początkowemi można tym sposobem naświetlań lepsze wyleczenia uzyskać. W naszym przypadku, w którym zmiany były już dość rozległe, sposób ten zawiódł. Natomiast w przypadkach, w których zastosowaliśmy radjopunkturę, mieliśmy zupełne wyleczenie, które utrzymywało się aż do zejścia śmiertelnego naszych chorych. Jak widzieliśmy *nawet przy rozwinięciu się rozległych przerzutów gruczołowych, zmiany pierwotne pozostały wyleczone. Natomiast nie uzyskaliśmy wyniku naszemi naświetlaniami rentgenowskiemi i radu w przerzutach do gruczołów chłonnych.* Sprawa leczenia przerzutów do gruczołów chłonnych jest bardzo ważna. Jak wyżej nadmieniliśmy, *przerzuty gruczołowe w rakach języka są bardzo częste i one to niweczą całe w zmianach pierwotnych uzyskane wyleczenie.*

Jak należy więc postępować, by temu zapobiec? Niektórzy jak n. p. Cade stosują leczenie także i w przypadkach z niemacalnemi gruczołami. Leczenie polega na wkłuwaniu igieł radowych przez skórę do dróg limfatycznych okolicy podszczękowej i szyi, bez operatywnego odsłonięcia, albo też przez naświetlania silnemi preparatami radowemi z powierzchni skóry. Leczenie to przeprowadza Cade bez wyjątku w każdym przypadku w krótki czas po ukończeniu leczenia ogniska pierwotnego. Inni, jak Quick i Regaud, nie przeprowadzają leczenia dróg limfatycznych jak długo gruczoły są niemacalne. Chorzy pozostają w ścisłej obserwacji przez dwa lata. Co dwa miesiące przeprowadza się dokładną kontrolę stanu gruczołów. Z chwilą wystąpienia obrzęku w gruczołach i stwierdzenia mikroskopowego, że nie są to zmiany zapalne, postępuje Regaud w ten sposób, że otacza całą szyję, okolicę podszczękową i okolicę tętnic dogłowowych pewnego rodzaju masą woskową, grubą 2—3 cm, w której tkwią preparaty radowe w liczbie 200—300 mg. Regaud naświetla obie strony szyi w każdym przypadku. Leczenie przeprowadza się w ten sposób, że chory nosi naprzemian to po jednej, to po drugiej stronie szyi przez kilka godzin dziennie ten „kołnierz" woskowy. Dawka wynosi 2—3 zniszczonych *millicuries* na cm^2 *(millicuries détruits)*, co uzyskuje się w 8—10 dniach, przy posiadaniu odpowiednich ilości radu. *W przypadkach z dużemi przerzutami radzi* Regaud *wpierw je o ile możności operacyjnie usunąć i następnie naświetlać* wedle wyżej podanego sposobu.

Cade postępuje w ten sposób, że nie oczyszcza operacyjnie dróg limfatycznych, lecz wkłada w nie po odsłonięciu igły radowe i naświetla preparatami radowemi z zewnątrz. Tym sposobem posługuje się przedewszystkiem w przypadkach przerzutów nie nadających się do operacji.

Jak więc z tego wynika, jest leczenie przerzutów gruczołowych problemem wcale ciężkim, znacznie cięższym niż leczenie zmiany pierwotnej na języku. Musi też być ono przeprowadzone bardzo radykalnie, jeśli się dąży do uzyskania wyników trwałych.

Wyleczenie miejscowe zmiany pierwotnej można stosunkowo nie trudno osiągnąć i to przy pomocy niewielkich ilości radu. Leczeniem radowem można uzyskać wyleczenie większości przypadków raka języka, o ile dawka była wystarczająca i rozmieszczenie preparatów radowych odpowiednie. Dla tych zmian jest leczenie radowe metodą wyboru. Wyleczenie uzyskuje się prawie bez okaleczeń i bez czynnościowych upośledzeń. *Natomiast leczenie przerzutów gruczołowych powinno się odbywać drogą chirurgiczną* przez radykalne oczyszczenie wszystkich dróg limfatycznych aż do podziału karotyd, o ile nie dysponuje się dużemi ilościami radu.

Czy należy bezwzględnie w każdym przypadku, nawet z niemacalnemi gruczołami zabieg ten przeprowadzać, jest rzeczą sporną. Nam wydaje się ten sposób zbyt radykalny, tem bardziej, że przecież w pewnym wprawdzie nieznacznym odsetku przypadków niema przerzutów do gruczołów, lub też zmiany w gruczołach są tylko natury zapalnej. *Należy jednak bezwzględnie chorych takich mieć w obserwacji i z chwilą stwierdzenia przerzutu do gruczołu nie zadowolić się tylko wyjęciem zmienionego gruczołu, lecz przystąpić do radykalnego oczyszczenia wszystkich dróg limfatycznych,* wedle wyżej podanego sposobu.

Przypadek 5. Z przypadków ze zmianami w błonie śluzowej jamy ustnej najlepszy wynik uzyskaliśmy u chorego R. Z. Przypadek dotyczył 72 letniego mężczyzny, o dobrym stanie ogólnym, który zgłosił się z guzem wielkości prawie orzecha włoskiego *na błonie śluzowej policzka* lewego w miejscu przejścia jej na błonę śluzową dziąsła szczęki górnej. Powierzchnia guza nierówna pokryta była szaremi rozpadającemi się masami. Gruczoły podszczękowe i szyjne niemacalne. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie raka płaskokomórkowego. U chorego, któremu w razie zastosowania zabiegu operacyjnego groziło wycięcie górnej szczęki, zastosowaliśmy radjopunkturę. W guz wbito 7 igieł radowych po 2 mg. Dla ustalenia ich pozycji w rozpadającej się masie nowotworowej włożono tampon między policzek a wyrostek zębodołowy górnej szczęki. Igły wyjęto po 5 dniach tak, że dawka całkowita wyniosła 12,5 zniszczonych *millicuries emanacji.* Po ukończeniu naświetlań radowych otrzymał chory jeszcze 4 naświetlania rentg. na lewy policzek po pół dawce rumieniowej w każdem naświetlaniu. Wynik leczenia był bardzo pomyślny. Guz nowotworowy znikł zupełnie. W jego miejscu

wytworzyła się cieńka powierzchowna podłużna blizna nie zniekształcająca i nie upośledzająca czynnościowo w niczem jamy ustnej. Chory mógł bez żadnej przeszkody i bólów używać protezy. Miał się *zupełnie dobrze do swej śmierci t. j. przez 2 lata.* Na kilka miesięcy przed zgonem wystąpiły ciężkie dolegliwości ze strony pęcherza, które pochodziły od nowotworowo powiększonego gruczołu sterczowego. Czy był to przerzut czy też nowy nowotwór, trudno rozstrzygnąć, gdyż sekcji nie przeprowadzono. Wyleczenie w jamie ustnej utrzymywało się bez zmiany aż do śmierci chorego.

Ryc. 17 — 19. Przypadek VI. ♂ 52 lat. *Ca w okolicy dziąsła przy 7, 8 i po lewej stronie języka, przechodzący na łuk podniebienny.*

Przypadek 6. Korzystny wynik mieliśmy także w przypadku raka *dziąsła szczęki dolnej.* Chory T. F. zgłosił się do nas z tem, że zauważył od kilku tygodni wyniosłość na dziąśle żuchwy lewej od strony językowej. Badanie wykazało w okolicy |7 zęba owrzodzenie szczelinowate, o zgrubiałych brzegach, sięgające do łuku podniebiennego. W okolicy podjęzykowej mierny naciek. Gruczoły niemacalne. Całą tkankę ziarninową wycięto, wyrostek



Ryc. 17. Siedm igieł radowych założonych, przywiązanych jedwabiem i przyciśniętych dostawką cynową z wystającem skrzydłem metalowem. Proteza i skrzydło z pokładem gutaperki.



Ryc. 18. Recydywa po roku. Ponowne naświetlanie radem. 6 igieł radowych, umocowanych na drutach i przyciśniętych kauczukową protezą z podkładem gutaperki.

wyskrobano. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie nowotworowe *(cancroid).* Wobec tego postanowiono zastosować naświetlania radowe. W tym celu włożono w owrzodzenie 7 igieł radowych po 2 mg i położenie ich ustalono zapomocą odpowiedniej dostawki cynowej ze skrzydłem metalowem, podłożonem gutaperką. (Ryc. 17). Dawka wynosiła 10 zniszczonych *millicuries.* Od trzeciego dnia leczenia rozpoczął się stopniowy rozpad. W dwa tygodnie potem można było stwierdzić gładki wygląd rany, zgrubienie podjęzykowe znikło. Naciek utrzymał się tylko na małej przestrzeni w okolicy zębów przedtrzonowych. W 14 dni później zupełne wyleczenie z blizną w okolicy pozatrzonowowej. W tym czasie 4 naświetlania rentgenowskie okolicy podszczękowej i szczękowej po pół dawki rumieniowej. Po roku zgłosił się chory powtórnie, podając, że zauważył zgrubienie i owrzodzenie w tem samem miejscu co w roku zeszłym, przechodzące na okolicę języka. Skarży się na bóle przy jedzeniu. Badanie wykazało naciek i owrzodzenie umiejscowione tak jak w roku poprzednim. Zastosowano znowu radjopunkturę przy pomocy 6 igieł, które wbito w owrzodzenie i w okolicę. (Ryc. 18). Dawka wynosiła 12 zniszczonych *millicuries* emanacji. Bóle ustąpiły w krótki czas po tem i równocześnie zmniejszyły się dolegliwości przy połykaniu. Wystąpił silny rozpad w okolicy zębów trzonowych i przedtrzonowych. Ponieważ stwierdzono obrzęk bolesny w okolicy podszczękowej i macalne gruczoły w tej okolicy, przeto naświetlono chorego jeszcze promieniami rentgenowskiemi w miesiąc po ukończeniu naświetlań radowych (4 naświetlania po pół dawki rumieniowej). Rozpad przy stosunkowo znośnych dolegliwościach połykowych trwał aż do września t. j. 4 miesiące od ponownego zgłoszenia się chorego. Chory wyjechał wówczas do Wiednia, gdzie Prof. P i c h l e r stwierdził obrzęk twardy w okolicy lewej szczęki i okolicy podszczękowej. Dość znaczna część żuchwy była od strony językowej odsłonięta i nekrotyczna. Chory skarżył się wówczas na bardzo silne bóle. Badanie drobnowidowe skrawków wyjętych z brzegów owrzodzenia na dnie jamy ustnej *nie wykazało tkanki rakowej.* U chorego usunięto nekrotyczną część żuchwy na przestrzeni długiej mniej więcej 5 cm. Wyjęty gruczoł podszczękowy wykazał tylko zmiany zapalne bez wszelkich zmian nowotworowych. (Ryc. 19).



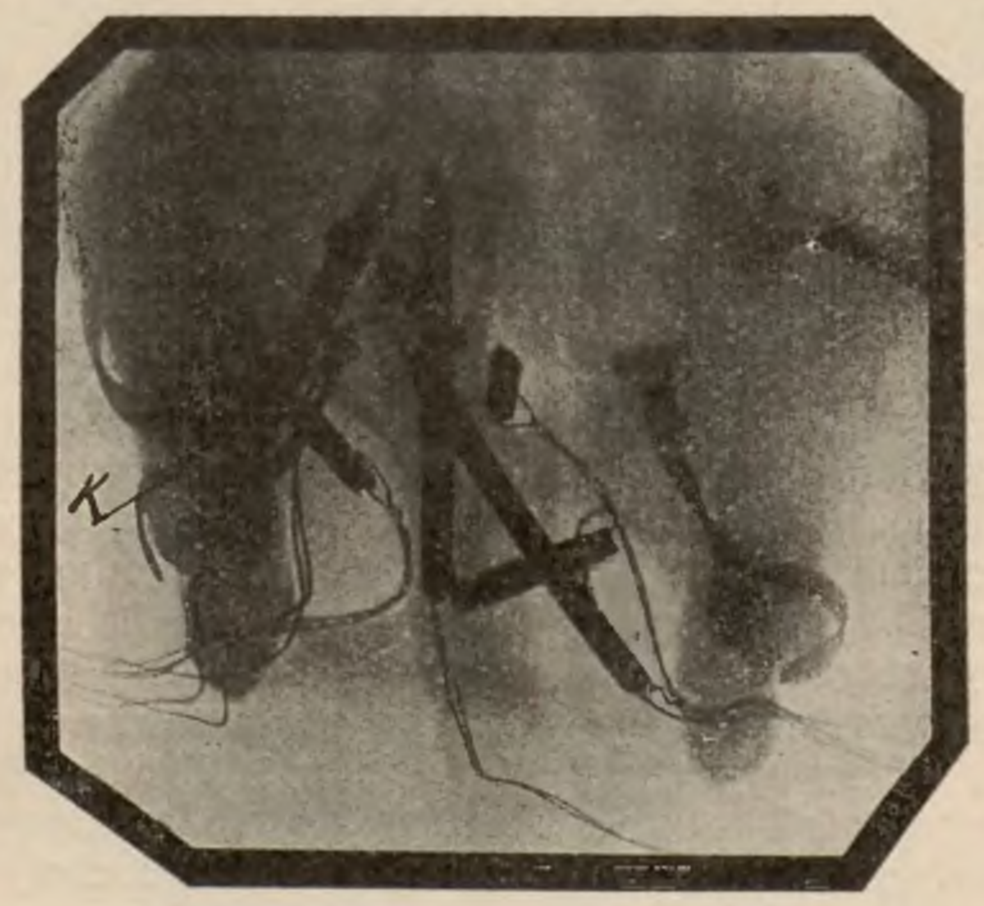
Ryc. 19. W gruczole wyjętym nie stwierdzono komórek rakowych, tylko nacieki zapalne i przerosty łącznotkankowe. (Wielk. nat.).

U chorego tego uzyskaliśmy więc naszem kombinowanem radowo-rentgenowskiem leczeniem bardzo korzystny wynik. W rok po rozpoczęciu naświetlań nie można było utkania nowotworowego w owrzodzeniu wykazać. Jednak skomplikowała nam wyleczenie martwica kości, która zresztą prawie zawsze w przypadkach, w których zmiany umiejscowione są w błonie śluzowej przylegającej do kości, występuje. Po usunięciu nekrotycznych części dawał ten przypadek dobre rokowanie, tem bardziej, że obrzękły gruczoł podszczękowy okazał się tylko zapalnie zmienionym. Chorego straciliśmy niestety z obserwacji i dalszy los jego jest nam nieznany.

Ryc. 20 — 27. ♂ 70 lat. *Ca maxillae.* (Przypadek 7-my).

Przypadek 7. Wcale korzystny wynik mieliśmy również w następującym przypadku. Chory J. K. lat 70, podał przy zgłoszeniu, że od pół roku zauważył na podniebieniu ograniczony obrzęk, niebolesny, ropiejący. Badanie wykazało brak 21|12. W miejscu ich wyniosła narośl rozpadającej się tkanki ziarninowej, niebolesna, nieco cuchnąca, sięgająca od przedsionka ust do przedniej trzeciej części podniebienia twardego. Gruczoły podszczękowe lewe, wielkości fasoli, twarde, niebolesne. W wyciętym skrawku stwierdzono badaniem drobnowidowem utkanie raka płaskokomórkowego. Badanie rentgenowskie wykazało ubytek zupełny wyrostka zębodołowego od 3| do |3. Korzeń |3 po stronie dośrodkowej całkowicie odsłonięty. U chorego zastosowaliśmy również radjopunkturę. Po znieczuleniu włożono w masę nowotworową

7 igieł radowych po 2 mg. (Ryc. 20 i 21). Odpowiednią płytką kauczukową przytwierdzoną z obu stron zębów przedtrzonowych ustalono położenie igieł. Igły wyjęto po 5 dniach. Dawka całkowita 12,5 zniszczonych *millicuries*. Dziesiątego dnia po założeniu

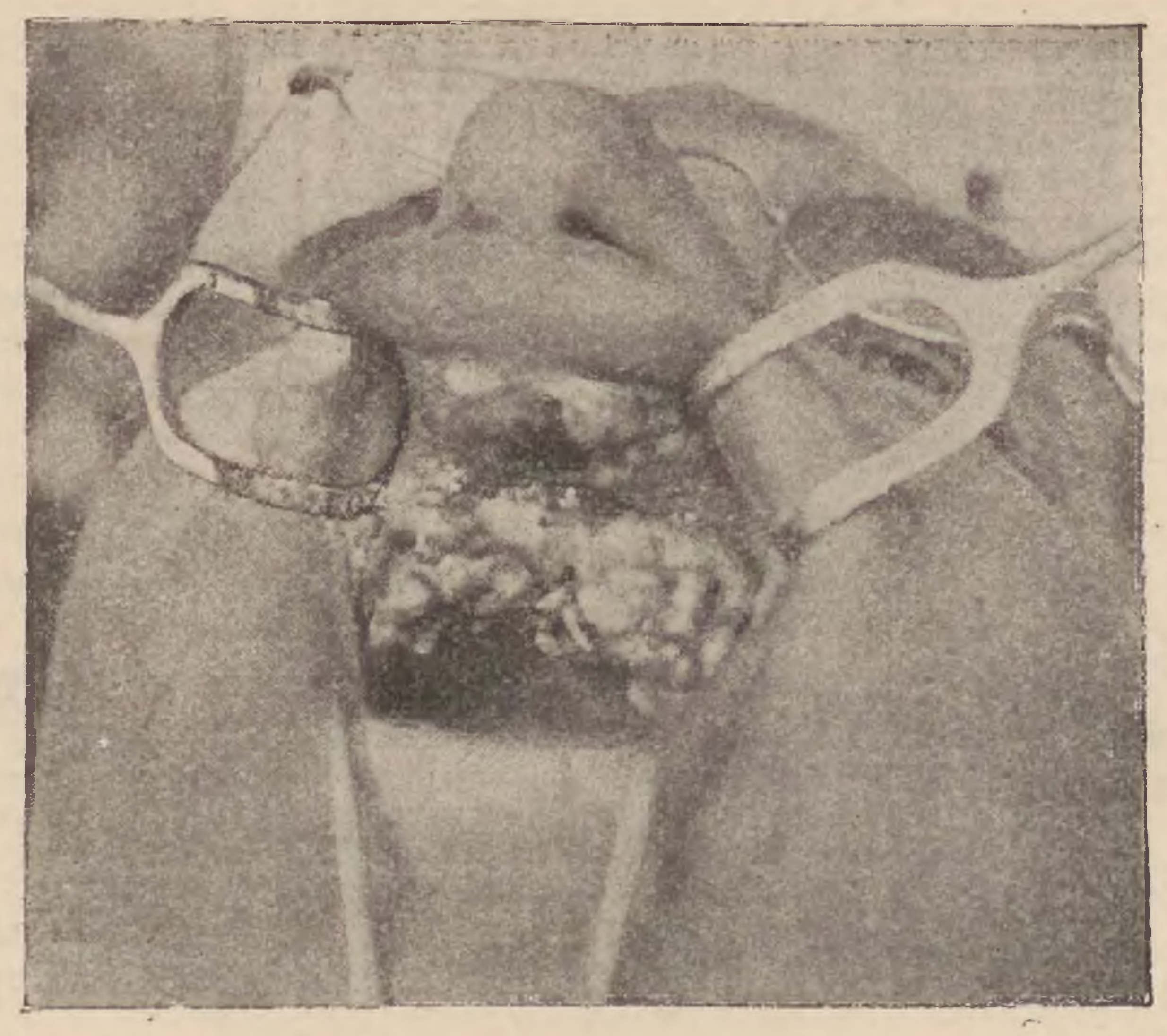


Ryc. 20. Ubytek w przednim odcinku szczęki zniszczonej sprawą nowotworową. Widać założone igły radowe. Płytka z czarnego kauczuku przytrzymująca igły nie jest widoczna, tylko jej metalowe klamry (K).

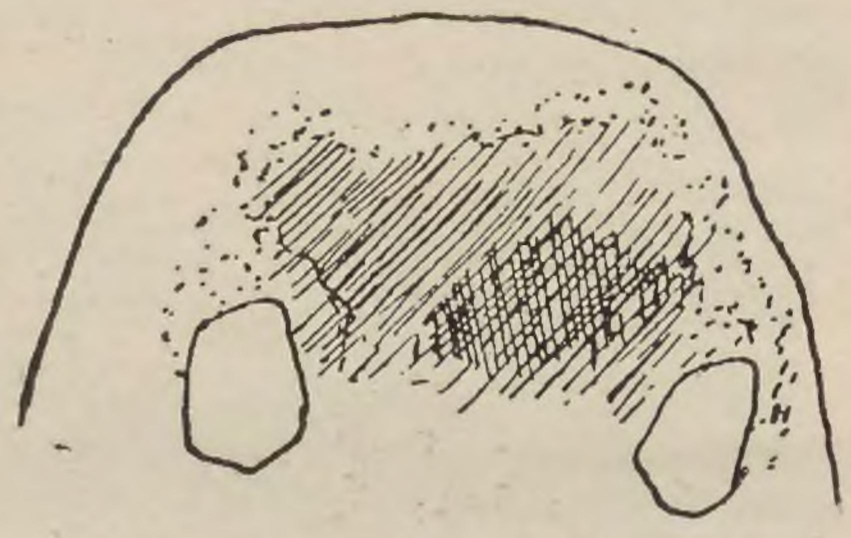


Ryc. 21. Zdjęcie boczne po założeniu igieł radowych.

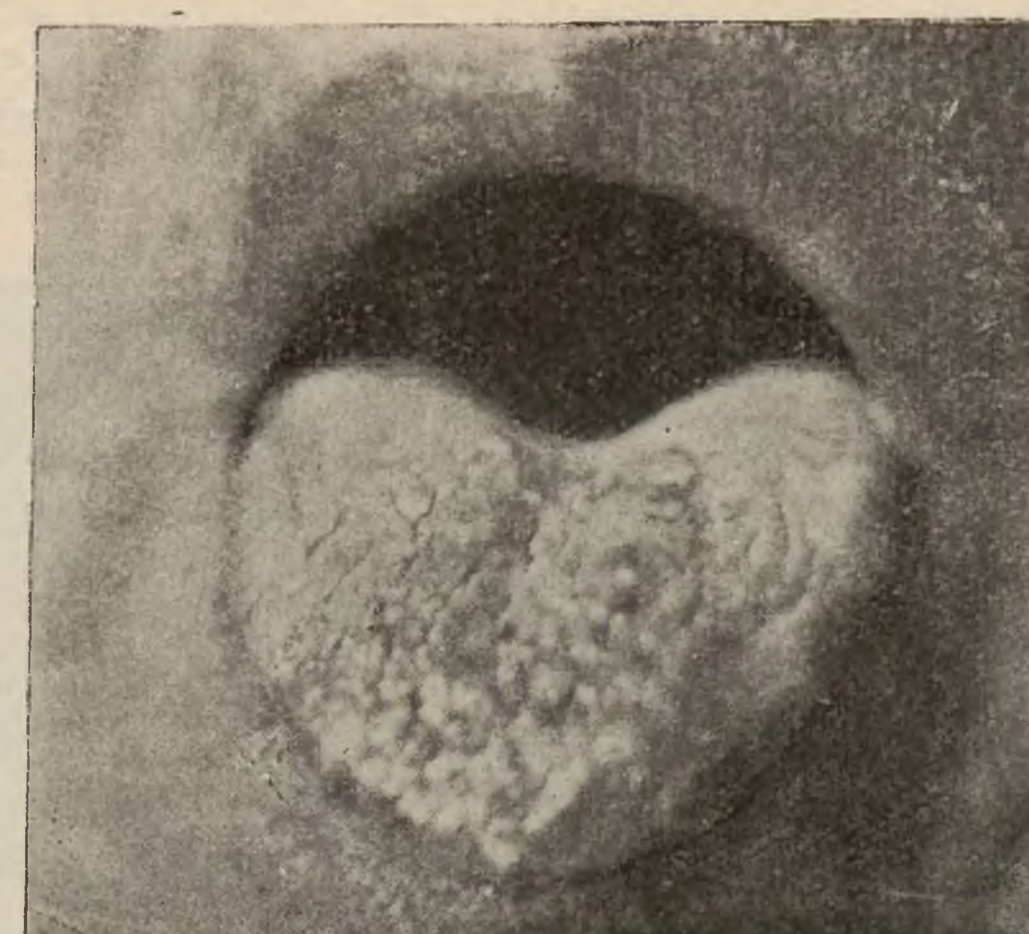
igieł radowych wystąpił dość silny obrzęk wargi górnej oraz zmiany zapalne, a następnie owrzodzenie, świadczące o ubocznem działaniu radu. (Ryc. 22 i 23). Gruczoły podszczękowe powiększyły się. Dwa dni później wystąpiły również objawy poparzenia na języku. (Ryc. 24 i 25). W dwa tygodnie później dokonano wycięcia gruczołów podszczękowych. (Ryc. 27). Gruczoły były niezrośnięte z otoczeniem, a badanie wykazało rozległe zmiany zapalno-martwicowe. Utkania rakowego nie znaleziono. Gdy chory zgłosił się w 3 miesiące później, stwierdzono w miejscu narośli na podniebieniu kraterowate zagłębienie około 1,5 cm głębokie i 14 mm szerokie, pokryte błoną śluzową z lekkiemi nalotami. (Ryc. 26). Błona śluzowa silnie złączona z podłożem, wykazującem przy dotyku chropowatości. W znieczuleniu miejscowem wyskrobano łyżeczką całe miejsce. Badanie drobnowidowe wykazało tkankę zapalną, częściowo włóknistą, wśród niej poszczególne zdegenerowane komórki rakowe. Chory otrzymał jeszcze szereg naświetlań rentgenowskich (9 po pół dawki rumieniowej) na okolicę prawej i lewej szczęki górnej. Opuścił klinikę, czując się podmiotowo zupełnie dobrze. Jak nam później rodzina doniosła, miał umrzeć w kilka miesięcy później z powodu zapalenia płuc. Ze względu na ważną rolę, jaką odgrywają gruczoły chłonne podczas leczenia radem, podajemy opis gruczołów, wyjętych operatywnie.



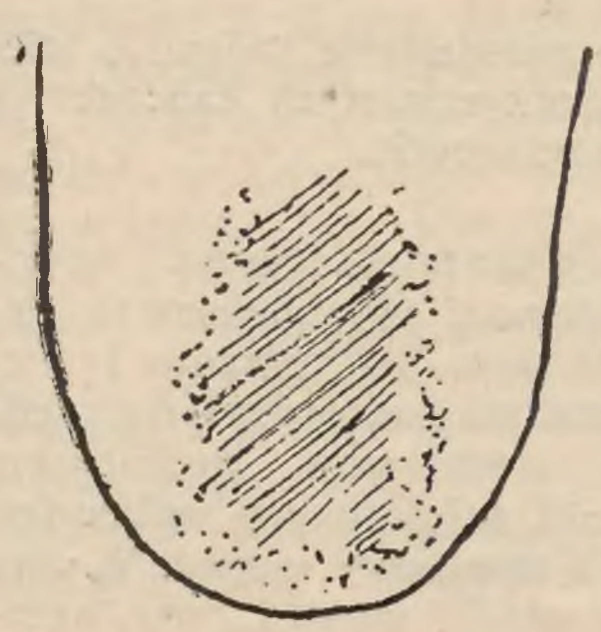
Ryc. 22. W 11-tym dniu leczenia radem (naświetlano przez 5 dni) widać wybitny rozpad nowotworu. Występują również zmiany zapalne na wardze wskutek ubocznego działania radu, które przybierają w następnych dniach charakter rozlanych powierzchownych owrzodzeń.



Ryc. 23. Schematyczny pogląd na rozległość owrzodzeń na wardze górnej wskutek ubocznego działania radu. Zmiany te ustąpiły do 14 dni i znikły bez śladu.



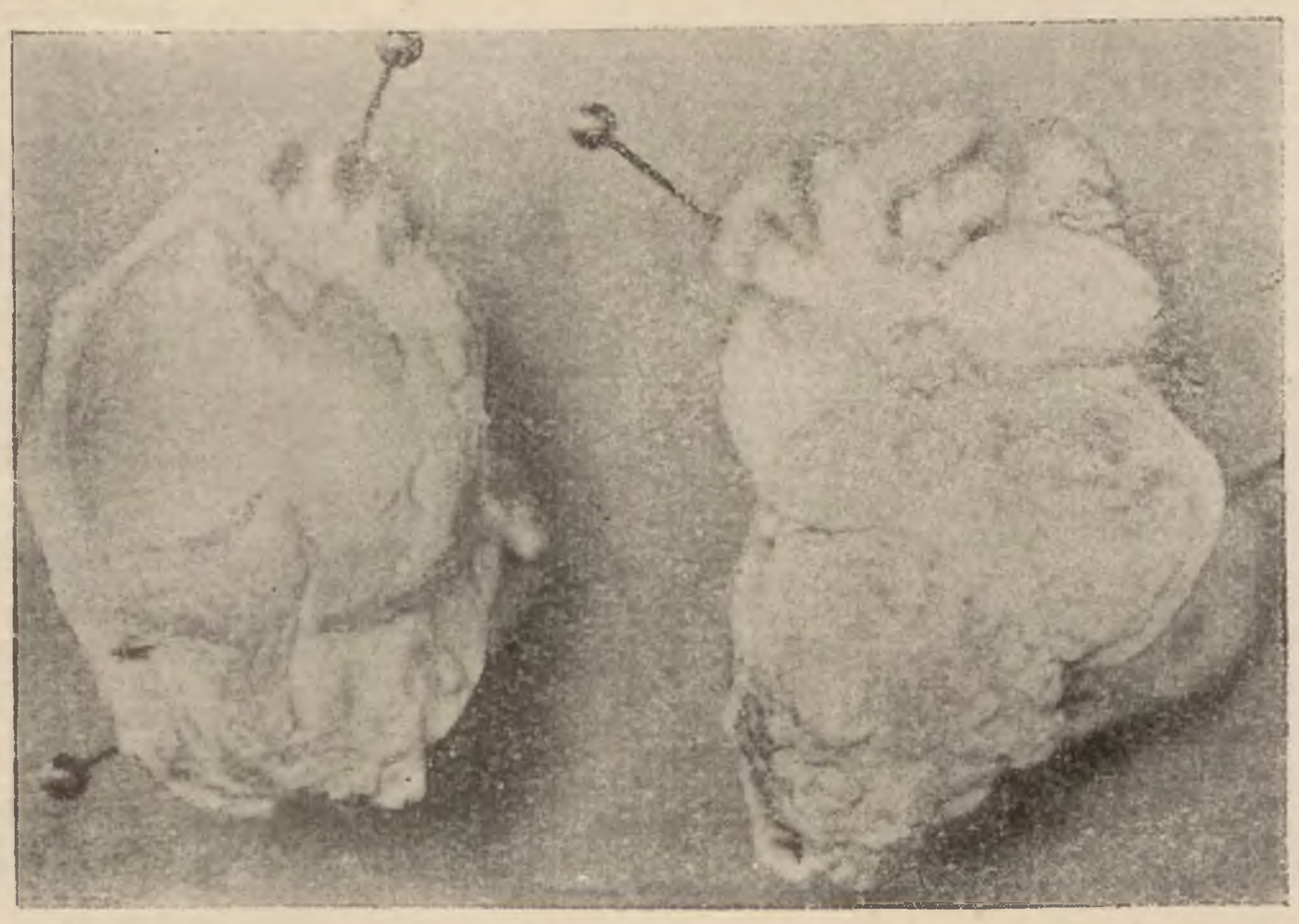
Ryc. 24. W 14-tym dniu leczenia pojawiły się zmiany zapalne jako uboczne działanie radu na języku, które przybrały charakter powierzchownych owrzodzeń (Ryc. 25). Zmiany te ustąpiły do 10 dni i znikły bez śladu.



Ryc. 25. Schematyczne przedstawienie rozmiaru uszkodzeń języka.



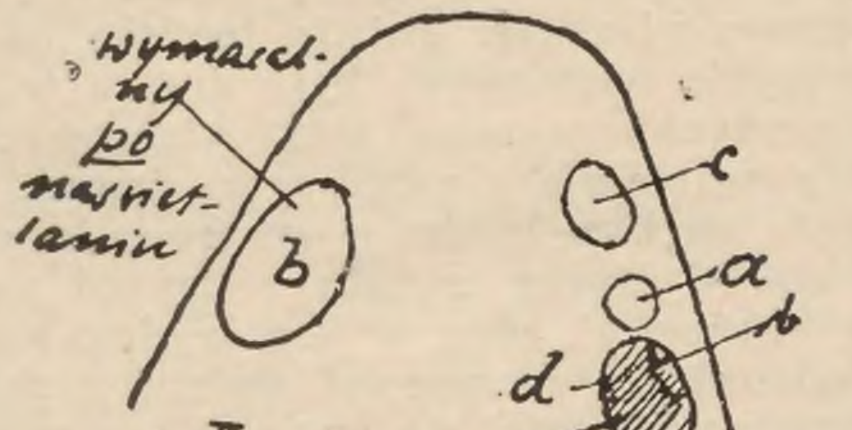
Ryc. 26. Wygojenie się sprawy w szczęce w postaci kraterowego ubytku stwierdzone w 5-tym miesiącu.



Ryc. 27. Wycięte gruczoły chłonne w miesiąc po rozpoczęciu leczenia radem sprawy nowotworowej szczęki górnej (wielkość nat.).

Protokół sekcyjny gruczołów, usuniętych operatywnie w 1 miesiącu po rozpoczęciu leczenia radem. (Ryc. 28).

Gruczoł I. wielkości małego orzecha laskowego 22 mm × 23 mm, dający się dobrze oddzielić od otoczenia najbliższego wytworzonego z tkanki tłuszczowej. Spoistość gruczołu oporna. Na przekroju w części środkowej stwierdza się jamkę 11×7 mm o ścianach pokrytych tkanką żółtawą, martwiczą, wypełnioną mleczną, nieco różową rzadką papkowatą masą. Obwodowa część gruczołu jest utrzymana i wytworzona z białawo-szarawej rdzeniastej tkanki, przyczem rysunek gruczołu na przekroju zupełnie jest zniesiony.



Ryc. 28. Schemat rozmieszczenia gruczołów wyciętych w przypadku 7-mym.

I. b. Gruczoł wielkości groszku krągłego 12×10 mm ostro odgraniczony, nie pozrastany z otoczeniem, na przekroju o rysunku zupełnie zatartym, o wyglądzie jednostajnie rdzeniastym czerwonawo-białym.

Wśród masy rdzeniastej stwierdza się rozrzucone, miejscami zlewające się ogniska blado-żółtawe. Spoistość gruczołu oporna.

I. c. Gruczoł wielkości 25×20 mm, cokolwiek wydłużony, na przekroju podobnie się przedstawia jak gruczoł krągły b.

I. d. Tkanka mniej więcej normalna z gruczołu b.

I. Gruczoł wielkości 37×28 mm, płasko-jajowaty, ostro odgraniczony od otoczenia, twardy, wykazuje na przekroju kilka jamek, z których największa ma charakter kanałowy. Rysunek miąższu zupełnie zniesiony, miąższ ma wygląd niejednostajny, rdzeniasty. Gruczoł *b* 9×6 mm ostro odgraniczony na przekroju rdzeniasty, w środku żółtawe ognisko.

Gruczoł c. (normalny) wydłużony, wielkości małej fasolki, szarawo-czerwony, dość miękki, ostro odcina się od otoczenia rysunek ma również zatarty.

Uwaga. Przy I. i II. stwierdzono nieco tkanki śliniankowej makroskopowo niezmienionej, którą usunięto przy oczyszczaniu.

Przypadki, w których zmiany nowotworowe przechodzą z błony śluzowej na leżącą pod nią tkankę kostną, oddziaływują naogół niekorzystnie. W przypadku naszym udało nam się jednak wyleczenie uzyskać. Badanie drobnowidowe skrawka wyciętego z zagłębienia, które powstało po rozpadnięciu się pierwotnego guza, wykazało tylko tkankę zapalną i nieliczne zdegenerowane komórki rakowe. Miejscowo uzyskaliśmy więc wyleczenie i to bez zniekształcenia i czynnościowego upośledzenia. Wobec braku zmian nowotworowych w gruczołach mogło być rokowanie w tym przypadku nawet dość pomyślne.

Dok. nast.

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Paweł ADAMOWICZ, asystent kliniki. Kraków.

Niedrożność naczyń wieńcowych, a tętniak ściany serca.

Z II. kliniki chorób wewnętrznych U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Latkowski.

Tętniaki serca należą do schorzeń mięśnia sercowego, które zdarzają się znacznie rzadziej niż inne cierpienia serca. W nielicznych przypadkach stwierdza się je badaniem zwłok, natomiast rozpoznanie tej sprawy chorobowej za życia chorego nastręcza duże trudności i należy do wyjątków. Ilość ogłoszonych i znanych z piśmiennictwa przypadków tętniaka serca jest dość pokaźna i pozwala na dokładne oświetlenie tej sprawy chorobowej z punktu widzenia jej rozwoju anatomicznego oraz przebiegu klinicznego. Ścisłe określenie pojęcia tętniaka medycyna zawdzięcza Alois Vetterowi, pierwszemu prosektorowi Pow. Szpitala we Wiedniu. Vetter (1803 r.) stwierdził, że są to ograniczone uchyłki, czy kieszenie różnej wielkości, które powstają w ścianie mięśniowej serca, zwłaszcza u koniuszka. Przed Vetterem rozróżniano *aneurysma cordis totale* i *aneurysma cordis partiale.* Pierwsze określenie stosowano w przypadkach rozszerzenia wszystkich jam serca, a drugiego używano tylko dla oznaczenia rozstrzeni jednego odcinka serca względnie jednej jamy. Dotychczas wielu autorów używa w piśmiennictwie lekarskiem wyrażenia — *aneurysma cordis partiale,* jakkolwiek, co słusznie zauważa Pletniew, wedle współczesnych pojęć anatomicznych *aneurysma cordis totale* nie istnieje, a zatem i drugie określenie jest bezprzedmiotowe.

Według pochodzenia tętniaki serca można podzielić na dwie grupy: wrodzone i nabyte. Pierwsze są następstwem zrostów tudzież zlepów listków zarodkowych w życiu płodowem i właściwie nie mają znaczenia praktycznego dla kliniki tego schorzenia; drugie tworzą się wskutek daleko posuniętego zwyrodnienia ściany mięśniowej na ograniczonej przestrzeni z równoczesnym zanikiem elastyczności i kurczliwości tego odcinka serca.

Zmieniony chorobowo odcinek ściany sercowej stopniowo się rozciąga pod naporem śródkomorowego ciśnienia krwi, zwłaszcza w okresie skurczu mięśnia sercowego i ulega uwypukleniu w kształcie kieszeni (Maks Sternberg (1).

Pletniew (2) jest zdania, że rozkurcz komory odgrywa jednaką rolę ze skurczem w powstawaniu tętniaka ściany mięśniowej serca. Twierdzi on, że napór krwi, wypełniającej jamę serca w okresie rozkurczu, jest wystarczający, by pod jego długotrwałem działaniem zwyrodniałe i schorzałe miejsce ścianki stopniowo się rozciągnęło i wypukliło. Najwięcej sprzyjające warunki dla wytworzenia się tętniaka istnieją w obrębie lewej komory, w której tętniaki stwierdzamy najczęściej.

Tętniaki nabyte mają początek ostry lub przewlekły. Ograniczone ropne zapalenie mięśnia sercowego może się stać przyczyną powstania tętniaka o ostrym początku. Zdaniem Sternberga (1) tętniaki, które tworzą się wskutek ropnego zapalenia mięśnia, leżą zwykle pod zastawkami półksiężycowatemi tętnicy głównej.

Tętniaki o przewlekłym rozwoju tworzą się niekiedy po urazie, częściej po ograniczonem zapaleniu, względnie zwyrodnieniu mięśnia sercowego, a najczęściej w przypadkach zamknięcia światła tętnicy wieńcowej.

Jak podaje Sternberg, 84,6% wszystkich przypadków tętniaka serca, stwierdzonych dotychczas, powstało z powodu niedrożności tętnicy wieńcowej i wtórnego zwyrodnienia ściany mięśniowej w odcinku, który zaopatrywały w krew odgałęzienia zaczopowanej tętnicy. Tętniaki w ścianie serca, które się tworzą wskutek niedrożności tętnicy wieńcowej, Sternberg nazwał *„angiogene fibröse Herzaneurysma"* (tętniaki włókniste naczyniopochodne).

Z powodu ustania dopływu krwi po zamknięciu światła tętnicy wieńcowej, w ścianie mięśniowej serca tworzy się zawał bezkrwisty i bezpośrednio potem dołącza się ograniczone zwyrodnienie rozmiękczynowe mięśnia t. zw. *myomalacia* (Ziegler) na przestrzeni niedokrwionej i zajętej przez zawał.

Niedrożność tętnicy wieńcowej nie zawsze prowadzi do groźnych następstw dla życia, jak twierdzi Browicz (3). W tem miejscu pozwolę sobie przytoczyć zapatrywania na tę sprawę naszego znakomitego anatomo-patologa: „Badania anatomiczne wykazały, że obie tętnice wieńcowe nie są tak zwanemi tętnicami końcowemi w znaczeniu anatomicznem, nie mającem, jak dawniej sądzono, zespoleń pomiędzy sobą, lecz, że istnieją zespólne gałęzie pomiędzy obiema tętnicami wieńcowemi, *nadto, że tętnice wieńcowe łączą się za pośrednictwem tętnic odżywczych śródściennych (vasa - vasorum)* tętnicy głównej i płucnej w początkowej, opuszkowej części z tętnicami osierdzia, a nawet dopływać może do nich krew z tętnic oskrzelowych i przeponowych".

Podane wyżej stosunki anatomiczne tętnic wieńcowych w nowszych czasach potwierdziły badania anatomo - rentgenologiczne Crainicianu (4), który wykazał istnienie licznych zespoleń tętniczych na zdjęciach preparatów mięśnia sercowego nastrzykanych masą kontrastową.

Browicz (3) „Połączenia te nie są jednakże stałe, jednako znaczne i liczne, zachodzą w tej mierze nawet znaczne indywidualne różnice, czyto w postaci braku czy niedostatku zespólnych gałęzi, tłumaczy to tak zmienne następstwa zatorowania gałęzi tętnic wieńcowych, przypadki tak nieszkodliwości nagłej niedrożności, jako też natychmiastowego ustawania czynności serca, jak to kazuistyka wykazuje".

Niedrożność pnia lub gałęzi tętnic wieńcowych może nastąpić skutkiem zatoru lub zakrzepu. Dla wytworzenia się zakrzepu w naczyniach wieńcowych konieczne są zmiany miażdżycowe lub kiłowe.

„Zator pnia, czy początkowej części głównej gałęzi tętnicy wieńcowej, powstaje wtedy, gdy na brzegach i na zewnętrznej powierzchni płatów półksiężycowych zastawki osadziły się skrzepliny, a więc w bezpośredniem sąsiedztwie wejścia do tętnicy wieńcowej, których okruchy zatorować mogą tętnicę. Odgałęzienie tętnic wieńcowych pod kątem prostym, przychylanie się płatów zastawek do wewnętrznej powierzchni opuszki tętnicy głównej, nie sprzyja powstawaniu zatoru i cząstki zatorowe przepływają obok. Zmiany anatomiczne z zatoru wynikające, to zwyrodnienie mięśnia wskutek niedożywienia lub też martwica (bezkrwista?) różnej rozległości, a jako następstwo włóknienie mięśnia, tętniak serca ostry czy przewlekły, pęknięcie serca".

W 85% przypadków zatorowania tętnic wieńcowych (Hirsch, Spalteholz) (51), okruchy zakrzepów zatrzymują się w gałązce zstępującej lewej tętnicy wieńcowej, zaopatrującej w krew przednią część ścianki lewej komory, koniuszek serca i częściowo przegrodę międzykomorową.

Zawał bezkrwisty ulega stopniowemu przeobrażeniu w martwicę bezkrwistą, t. j. „wiedzie (Browicz) do martwicy włókien mięsnych, przybierających, jeżeli były poprzednio zupełnie prawidłowe, wejrzenie jakby skrzepłej, jednolitego wejrzenia masy, nazwanej zmianą woskową, woskowaceniem włókien mięsnych. Masa ta nie ulega mięknieniu ani rozpływaniu, tylko powolnemu rozpadowi: ognisko barwy blado-żółtawej odbijające od barwy mięśnia. W obręb tego ogniska martwego, działającego jako ciało obce, wrasta z otoczenia żywego ziarnina włókniejąca. Mięsień zawiera dużo materjału krzepliwego, stąd obraz tak zwanej martwicy skrzepowej *(coagulatio)"*.

Dalsze losy, tak zasadniczo zmienionego odcinka ściany mięśnia sercowego, łatwo jest przewidzieć. Obumierające włókna mięśniowe stopniowo zastępuje przekształcająca się z ziarniny tkanka włóknista, bliznowata, która nie wytrzymuje parcia śródkomorowego krwi i musi nieodwołalnie ulec rozciągnięciu, uwypukleniu i utworzeniu się z niej kieszeni. Ściana sercowa nadwyrężona i w pewnej mierze załatana tkanką bliznowatą przez pewien czas może utrzymywać spoistość swych tkanek i przeciwdziała naporowi krwi od wewnątrz, aż do chwili, gdy pod wpływem parcia wewnątrzkomorowego, w pewnych zresztą przypadkowych okolicznościach, ulegnie rozerwaniu.

Tętniaki serca w niektórych przypadkach ostro odgraniczają się od reszty ściany mięsnej, tworząc kieszeń lub uchyłek, w innych zaś — uwypuklenie łuku tętniaka tylko bardzo nieznacznie uwydatnia się nazewnątrz ściany mięśnia sercowego.

Poprzednio podanym zmianom anatomicznym zawału w ścianie mięśnia sercowego towarzyszą objawy zadrażnienia i miejscowego zapalenia listków osierdzia, którego zejściem są ich zrosty i zlepy osierdziowe w miejscach zetknięcia się ze schorzałą i zmienioną ścianą mięśniową. Sternberg nazywa ten rodzaj ograniczonego suchego zapalenia osierdzia mianem *pericarditis epistenocardica*. Często też zrosty osierdziowe tworzą jednolitą zbliznowaciałą tkankę, która nie da się oddzielić od resztek ściany mięśniowej zmienionego odcinka serca. Nadto kieszeń tętniaka, zależnie zresztą od swej wielkości i czasu wytwarzania się, zawiera skrzepy powstałe za życia, zorganizowane lub białe uwarstwowione.

Dla uprzytomnienia sobie obrazu zmian anatomicznych w przypadku tętniaka serca, pozwolę sobie przytoczyć charakterystyczny wyjątek z protokołu badania zwłok, według którego stwierdzono tętniaka sercowego przez Akil Moukhtar i P. Sédad (5): „wyniosłość koniuszka sercowego była przyrośnięta do osierdzia na przestrzeni dwu centymetrów kwadratowych. Na tej przestrzeni w ścianie serca miejscami brak było włókien mięsnych, a grubość jej wynosiła tylko $2^1/_2$ mm. Koniuszek serca tworzył kieszeń, wypukloną do jamy worka osierdziowego w kształcie guza wielkości jaja kurzego, wypełnionego skrzepami, które były po części zorganizowane. Badanie drobnowidowe ściany tętniaka wykazywało, że w całej swej grubości składała się ze zmienionych i napęczniałych listków osierdzia, między któremi leżała warstwa zbitej tkanki włóknistej, zresztą dobrze unaczynionej. Naokoło naczyń w wielu miejscach widać liczne grupy limfocytów. Tu i ówdzie w preparacie drobnowidowym można odróżnić resztki włókien mięsnych. Od strony zewnętrznej leżał skrzep. Nieco wyżej, w warstwie tkanki, która graniczy z brzegiem tętniaka, stwierdzało się przerosłe zastępczo włókna mięsne oraz objawy zapalenia śródmiąższowego (skrzepy i krew w worku osierdziowym były skutkiem pęknięcia tętniaka)".

W innym zaś przypadku, który ogłosił C. Bacaloglu (6), na zwłokach stwierdzono, co następuje: „całkowite zarośnięcie jamy worka osierdziowego. Mięsień sercowy był zupełnie spojony z osierdziem. Zbite, bliznowate zrosty między sercem, a osierdziem zajmowały dolną trzecią część jego powierzchni. Serce udało się wyłuszczyć ze zrostów w jego górnych częściach, natomiast w obrębie koniuszka trzeba je było usunąć zapomocą noża. Pod tą właśnie zrośniętą warstwą znajdował się worek tętniaka wielkości małej pomarańczy. Po otwarciu prawego serca widać było wpukloną przegrodę międzykomorową w dolnej trzeciej części, podczas gdy w lewej komorze część koniuszkowa serca tworzyła kieszeń tętniaka, a grubość ściany wynosiła zaledwie 2 mm. Ścianka tętniaka twarda o spoistości chrząstki. Zmianą była dotknięta przednia i tylna ściana lewej komory oraz częściowo przegroda międzykomorowa. Tętniak wewnątrz zawierał skrzepy włóknikowe, uwarstwione z czerwonemi brzegami; skrzepy zrośnięte miejscami ze ścianą tętniaka. Nieznacznego stopnia przewężenie oddzielało światło tętniaka od jamy lewej komory. Ujścia tętnic wieńcowych były drożne w całej rozciągłości. Na poprzecznych przekrojach tętnic wieńcowych tu i ówdzie widzieć się dały zgrubienia i nierówności ścianek, aczkolwiek światło tętnic było zwężone bardzo nieznacznie. Jednakże w odległości jednego cm od brzegu tętniaka wyczuwał się pod nożem opór w tętnicy wieńcowej, gdyż w tem właśnie miejscu zwłókniały skrzep całkowicie zaczopował światło przedniej tętnicy wieńcowej. Skrzep wytworzył się powyżej koniuszka w miejscu odgałęzienia lewej tętnicy przedsionkowo-komorowej".

Większość autorów jest zdania, że tętniaki są następstwem zaburzeń krążenia wieńcowego, spowodowanych niedrożnością pnia tętnicy wieńcowej, czy też jej drobnych odgałęzień, co niejednokrotnie stwierdzono w przypadkach zejścia z powodu tętniaka sercowego badaniem zwłok (Sternberg), Hanser (8), Engelhard (9), Lutembacher (7), Pletniew, Bacaloglu, Huchard (10), Marie (11), Cohnheim, Ziegler i inni.

Niedrożność tętnic wieńcowych może też mieć początek przewlekły. Zakrzep przyścienny zwykle daje początek przewlekłej niedrożności, która powstaje na tle zmian kiłowych lub miażdży-

cowych, natomiast zator wywołuje ostrą niedrożność. Zatory naczyń wieńcowych są jednak rzadkiem zjawiskiem, jak twierdzi Browicz i Walter Koch (12), gdyż przyczynę śmiertelnego zejścia z tego powodu na sekcji zwłok udaje się wykazać w nader nielicznych i rzadkich przypadkach.

Dla patogenezy tętniaka sercowego najmniejsze znaczenie ma kiła dużych naczyń i naczyń wieńcowych.

Zmiany kiłowe naczyń wieńcowych usadawiają się prawie wyłącznie w ich ujściach, t. j. na pograniczu i w przejściach przez ściankę tętnicy głównej. Natomiast dalsze rozgałęzienia tętnic wieńcowych z reguły pozostają nietknięte przez sprawę chorobową i nie można w nich wykryć nawet odosobnionych ognisk cechujących zmiany kiłowe. Taki stan rzeczy tłumaczy się tą okolicznością, że zmiany kiłowe przechodzą ze ścian tętnicy głównej na ujścia tętnic wieńcowych tylko w miejscach bezpośredniej styczności utkania ich ścianek. (Edens (13), W. Koch, Leschke (15), Mackenzie (14). Właściwe bowiem pnie tętnic wieńcowych wykazują w tych przypadkach pewnego rodzaju odporność przeciw posuwaniu się sprawy kiłowej w ich ściankach. Ten stan odporności przeciw zakażeniu kiłowemu możnaby porównać, do pewnego stopnia, z odpornością tkanki mięśniowej serca przeciw szerzeniu się w niej zakażenia gruźliczego, przerzutów nowotworowych etc. Gdyż dziwnem się wydaje zjawisko, że w przypadkach uogólnienia się tych spraw w ustroju, serce pozostaje zwykle nietknięte przez proces chorobowy. A wytłumaczyć się daje takie zjawisko tylko miejscową odpornością pewnej grupy tkanek, nie wchodząc w to, czy ta odporność zależy od ciał zawartych w osoczu, w komórkach, czy też od przyczyn natury mechanicznej.

Zmiany kiłowe tętnicy głównej, w przejściu na ujścia naczyń wieńcowych tworzą nierówności i zgrubienia brzegów tętnic wieńcowych. Zbliznowacenia i zrosty w ujściach powodują zwężenie i zamknięcie światła naczyń wieńcowych. Proces kiłowy rozwija się bardzo powoli, a równocześnie ustrój stara się wyrównać upośledzenie krążenia wieńcowego drogą rozwoju sieci zespoleń naczyniowych, które podtrzymują w dostatecznej mierze ukrwienie mięśnia sercowego. Brak większych dolegliwości w schorzeniach kiłowych serca, które mogłyby wskazywać na daleko posunięte zmiany, tłumaczy się skrytym i powolnym przebiegiem schorzenia i dostatecznem (wskutek wyrównania) ukrwieniem mięśnia sercowego. Jednakże zmiany w samym ujściu tętnic mogą w pewnych warunkach zahamować dopływ krwi do mięśnia sercowego. Może się to stać w wypadku większego wysiłku, tudzież zwiększonego zapotrzebowania ze strony serca, wreszcie z powodu nagłego obrzęku ujścia tętnicy wieńcowej, np. pod działaniem czynników chemicznych (jod, salwarsan) (R. Schmidt) (18), względnie wskutek objawów odczynu miejscowego. W tych razach, ponieważ dotyczy to głównego pnia, następuje przerwa dopływu krwi do bardzo dużych odcinków mięśnia sercowego, innemi słowy występuje stan ostrej niedokrewności w zakresie rozgałęzień pnia tętnicy, której światło stało się nagle niedrożne. Stan ten jest znacznie groźniejszy w przypadkach, w których już poprzednio istniała niedrożność drugiej tętnicy wieńcowej, np. prawej. W tych okolicznościach zaburzenia w ukrwieniu mięśnia są tak znaczne, że ustrój nie zdoła je wyrównać przez zespolenia tętnicze, wskutek czego następuje przerwa czynności serca (Bacaloglu). Jak z powyższego wynika, kiła naczyń wieńcowych tylko w wyjątkowych warunkach mogłaby sprzyjać utworzeniu się tętniaka serca, gdyż w istocie sprawy leży całkowite i nagłe zamknięcie światła tętnicy wieńcowej, co zwykle musi skończyć się śmiercią.

Przyzwyczailiśmy się uważać, że kiła w pierwszym rzędzie jest przyczyną tworzenia się tętniaków w ścianach tętnicy głównej. W przypadku zaś tętniaka serca, rzecz ma się wprost przeciwnie, gdyż miażdżyca daje mu początek, a nie zakażenie kiłowe (Hanser (16), Takata (17).

Miażdżyca naczyń wieńcowych stwarza warunki dla powstawania zakrzepów przyściennych i przewlekłego zwężenia światła naczyń wieńcowych, a jednem z dalszych następstw zwężenia i niedrożności tętnic jest tętniak ściany mięśnia sercowego.

Rühl, Wolkoff (52) zwrócili uwagę, że tętnice wieńcowe, aczkolwiek odgrywają rolę naczyń śródmiąższowych, jednak zachowują się w sprawach miażdżycowych jak naczynia centralne typu elastycznego (według podziału Marchanda), a więc przedewszystkiem jak tętnica główna (L. Aschoff (19). Walter Koch, rozróżnia dwa rodzaje zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych serca, które odpowiadają zmianom często spotykanym w tętnicy głównej. W pierwszym wypadku cechuje je skłonność do odkładania znacznych ilości wapnia w błonie wewnętrznej i środkowej ścianek tętniczych *(atherocalcinosis)*, a w drugim — zupełny brak skłonności do uwapniania, ale natomiast cechuje je skłonność do przesiąkania i odkładania się (imbibicji) ciał tłuszczowatych w tkankach błony wewnętrznej i środkowej *(atherolipoidosis)*.

Postać miażdżycy, którą cechuje skłonność do odkładania wapnia w naczyniach *(atherocalcinosis)* najczęściej spotyka się u ludzi w podeszłym już wieku, przytem złogi i blaszki wapniowe można stwierdzić w najdrobniejszych rozgałęzieniach tętniczych.

Aschoff również rozróżnia te dwie postacie miażdżycy, to jest lipoidową i wapniejącą, które należy rozpatrywać jako odrębne postacie schorzenia naczyń tętniczych. W obrazie rentgenologicznym serca spreparowanego udaje się często wykryć zwapnienia w najdrobniejszych rozgałęzieniach naczyniowych. W przypadkach miażdżycy wapniejącej albo dobrotliwej, jak ją inaczej nazywa W. Koch, należałoby się spodziewać przedewszystkiem tworzenia się zwężeń i zaniku światła naczyń. Jednakże badanie anatomiczne, w przypadkach tego rodzaju, wykrywa wprost przeciwne zjawisko, a mianowicie: tętnice zwykle są rozszerzone, drożne w całej swej rozciągłości, jakkolwiek z powodu wapnienia przekształcają się one w twarde i niepodatne rurki. Zarazem błona wewnętrzna naczyń w miażdżycy wapniejącej całkowicie przeistacza się w tkankę włóknistą o gładkiej, równej powierzchni, która przykrywa sobą blaszki wapniowe i dzięki temu ustrój zapobiega tworzeniu się zakrzepów.

Główną cechą drugiej postaci miażdżycy tętnic wieńcowych przez W. Kocha zwanej złośliwą, jest zupełny brak skłonności do odkładania wapnia w miejscach, które uległy nasiąknięciu (imbibicji) tłuszczowatemu *(atherolipoidosis)* w warstwach błony wewnętrznej, a czasami i środkowej. Brak uwapnienia zgrubiałej i zmienionej tłuszczowato błony wewnętrznej i środkowej tętnic należy kłaść na karb zmniejszonych sił żywotnych i wyrównawczych ustroju, ale dużą i mało docenianą rolę odgrywa tutaj też rodzaj i skład pożywienia chorego. Jak utrzymują Aschoff, Anitschkoff (20), Schönheimer i Yuasa (21), nadmiar potraw, które zawierają w sobie dużo cholesteryny (jaja, tłuszcze), nie sprzyja uwapnieniu zmienionej błony wewnętrznej, a przeciwnie powoduje nasiąkanie ich przez ciała tłuszczowate. W. Koch podaje przypadek zaczopowania rozgałęzień tętnicy wieńcowej, potwierdzony badaniem zwłok, u osobnika, który całe życie był jaroszem, a przytem bardzo często był zmuszony spożywać dużo jaj. W naszym przypadku tętniaka lewej komory serca który, jak wynika z przebiegu choroby podanej niżej, bezwątpienia wytworzył się wskutek zaczopowania tętnicy wieńcowej, były zupełnie podobne warunki odżywiania jak w przypadku Kocha. Nasz chory ściśle trzymał się diety jarskiej w ciągu wielu lat, przytem nie palił i alkoholu nie używał. Miał skłonność do tycia. Pod tym kątem widzenia należałoby poddać rewizji nasze zapatrywania na sprawę stosowania diety jarskiej.

Wprawdzie potrawy roślinne zawierają dużo wapnia, ale z natury rzeczy jarosz jest zmuszony spożywać zwiększoną ilość tłuszczów, a zatem wprowadza do ustroju nadmiar cholesteryny.

Błona wewnętrzna tętnic wieńcowych, w miejscach zmian tłuszczowatych ma zwykle nierówną powierzchnię, a niekiedy nawet tworzą się w niej małe wgłębienia w rodzaju owrzodzeń i stają się punktem wyjścia dla zakrzepów przyściennych. Mały pierwotny zakrzep, wskutek odkładania się nowych uwarstwień, stopniowo zwęża światło naczynia wieńcowego, tudzież pośrednio staje się bodźcem do rozwoju i ukształtowania się sieci zespoleń naczyń ubocznych. Wkońcu, gdy przychodzi chwila ostatecznego zamknięcia światła naczynia przez ciągle rosnący zakrzep, ukrwienie odcinków mięśnia, położonych niżej, będzie już zabezpieczone.

Jak podaje W. Koch, na zwłokach niekiedy spotyka się nawet uwapnione zakrzepy w tętnicach wieńcowych, podczas gdy podstawa samego zakrzepu, t. j. zmieniona tłuszczowo ściana tętnicy nie zawiera wapnia, tylko ciała tłuszczowate. W tych przypadkach jest koniecznem dokładne badanie anatomiczne oraz histologiczne skrawków zmienionej tętnicy, gdyż gołem okiem ten szczegół nie zawsze można zobaczyć i często uchodzi uwagi badającego.

Miażdżycę tłuszczowatą stwierdza się najczęściej w zstępującej gałązce lewej tętnicy wieńcowej *(ramus descendens arteriae coronariae sinistrae)* i gałązce przebiegającej tuż pod uszkiem lewego przedsionka *(arteria circumflexa)*. Podobne zmiany miażdżycowe spotyka się również, wprawdzie znacznie rzadziej, w tętnicach śródmiąższowych nerek, tętnicach krezkowych i niekiedy w tętnicy brzusznej.

Należy położyć szczególny nacisk na tę okoliczność, że miażdżyca może się usadowić tylko w naczyniach wieńcowych, reszta zaś układu tętniczego pozostaje niezmieniona. Między innymi Leschke przytacza tego rodzaju przypadek, w którym na zwłokach zmarłego nagle z powodu dusznicy bolesnej, nie znalazł nawet śladu zmian w błonie wewnętrznej tętnicy głównej, natomiast w lewej tętnicy wieńcowej były rozległe zmiany miażdżycowe i jednocześnie zakrzep w gałązce zstępującej.

Rokowanie i postępowanie lecznicze, przy obecności zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych, musi być różne, zależnie od tego, czy to będzie postać dobrotliwa, czy złośliwa. A zatem, w przypadkach miażdżycy tłuszczowatej, odpowiednio zastosowane leczenie dietetyczne (wykluczenie potraw zawierających cholesterynę), może dać bardzo dobre wyniki. W przypadkach zaś miażdżycy wapniejącej, gdzie złogi wapniowe nie rozpuszczają się ani pod wpływem leczenia dietetycznego, ani też farmakologicznego, leczenie miażdżycy jest bez wyników, aczkolwiek rokowanie w tym ostatnim przypadku będzie pomyślne, a w pierwszym — wątpliwe albo nawet złe. Z tych właśnie względów rozpoznanie różnicowe postaci miażdżycy za życia chorego ma bardzo ważne znaczenie. Jedną postać miażdżycy naczyń wieńcowych od drugiej można odróżnić dzięki badaniu rentgenologicznemu, przy uwzględnieniu konstytucji chorego, trybu życia i odżywiania. Badanie rentgenologiczne daje możność wykazania zapomocą zdjęć obecności złogów wapniowych w naczyniach ośrodkowych i obwodowych (L e n k (22). K o c h zaleca z tych samych względów poddawać badaniu promieniami chorych, którzy cierpią na napady dusznicy bolesnej; wychodząc z założenia, że zmiany miażdżycowe są zjawiskiem chorobowem powszechnem i bardzo częstem, radzi oceniać dolegliwości sercowe u 90% osób w podeszłym wieku jako objawy miażdżycy naczyń sercowych i odpowiednio do tego przystosować swoje postępowanie lecznicze.

Po tych uwagach o zmianach anatomicznych w zakresie krążenia wieńcowego i następstw niedrożności tętnic wieńcowych, przechodzę do rozpatrzenia objawów klinicznych, które towarzyszą poprzednio podanym zmianom anatomicznym. Zespół objawów klinicznych, które towarzyszą powstaniu, rozwojowi i zejściu tętniaków sercowych dokładnie opracował M. S t e r n b e r g w dużej monografji tego schorzenia.

S t e r n b e r g rozróżnia cztery okresy rozwojowe tętniaka mięśnia sercowego, a mianowicie:

1) Okres napadu dusznicy bolesnej, któremu odpowiada anatomicznie zaczopowanie i niedrożność pnia lub gałęzi tętnicy wieńcowej;

2) Okres myomalacji, względnie zawału bezkrwistego w ścianie mięśniowej z równoczesnem suchem ograniczonem zapaleniem listków osierdzia *(pericarditis epistenocardica)*;

3) Okres rzekomego wyzdrowienia wolny od napadów bólowych, w ciągu którego rozwija się tętniak w zmienionej chorobowo ścianie mięśnia sercowego;

4) Wreszcie końcowy okres zejścia, czyto wskutek niedomogi mięśnia sercowego, czy też pęknięcia ściany tętniaka.

Podział S t e r n b e r g a wydać się może napozór sztuczny, jednakże uwzględniając stopniowy rozwój cierpienia, daje on obraz najwięcej zbliżony do rzeczywistości. Rozumie się, że nie we wszystkich przypadkach można poszczególne okresy rozgraniczyć między sobą. Cierpienie zawsze rozpoczyna się gwałtownym napadem dusznicy, jakkolwiek napadowi nie zawsze towarzyszy zakrzep czy niedrożność tętnicy wieńcowej. Zapatrywania na istotę napadu dusznicy dotychczas są bardzo sprzeczne i różnorodne. Najwięcej prawdopodobna i uzasadniona jest teorja uzależniająca pochodzenie dusznicy bolesnej od stanów skurczowych tętnic wieńcowych, lub od ich nagłej niedrożności.

Wydaje mi się, że ma słuszność E. L e s c h k e (23), który widzi przyczynę napadu dusznicy bolesnej nie w mechanicznem zadrażnieniu nadzyń wieńcowych, czy naczyń ścian tętniczych *(vasa vasorum aortae)*, wyrażającem się ich skurczem (M o r a w i t z (25), R. S c h m i d t (24), rozciągnięciem ścianek tętniczych (W e n c k e b a c h (27), C z y h l a r z, H. K o h n), lub zapaleniem osierdzia (P a w i ń s k i (26), B i e g a ń s k i — ale według niego istota napadu tkwi w chemicznem zadrażnieniu zakończeń nerwów czuciowych. Stan ten można sobie tłumaczyć jako zadrażnienie z niedożywiania, wywołane zatamowaniem dopływu krwi i tlenu *(ischaemia et hypoxaemia)* do mięśnia sercowego. Napad powstaje niezależnie od tego, czy stan kurczowy tych naczyń zatamuje dopływ krwi w tętnicy wieńcowej (t. zw. *angine d'effort* — V a q u e z), czy zmiany miażdżycowe, zakrzep lub zator. Czynnikiem bezpośrednio oddziaływującym na zakończenia nerwowe w przypadkach niedokrwienia *(ischaemia)* i niedotlenienia krwi *(hypoxaemia)* jest zakwaszenie podłoża, t. j. stan wzmożonego zagęszczenia jonów wodorowych w sokach tkankowych. Właściwie tylko samo nasilenie napadów dusznicy bolesnej może zależeć od rodzaju niedrożności naczyniowej w danym przypadku. Ponadto zdaje się, że koniecznym warunkiem napadu dusznicy również musi być niedostateczny rozwój ubocznych zespoleń naczyniowych.

L e s c h k e przeprowadza przekonywujące porównanie, dla poparcia swego rozumowania, między napadem dusznicy, a bólem, który występuje w mięśniach pracujących po przerwaniu dopływu krwi do nich.

R. S c h m i d t (29) jest zwolennikiem poglądów, że napad dusznicy jest wyrazem neuralgiczno-neurytycznego zadrażnienia (jak *ischias* lub *asthma bronchiale essentiale)* splotu sercowo-aortowego, który staje się ogniskiem powstania bólu *(aortalgia)*, i któremu towarzyszą kurczowe stany naczyń wieńcowych. Ostatnie zwłaszcza dotyczy tak często występującej *angine d'effort*, do której, jego zdaniem, należy zaliczyć 90% przypadków dusznicy bolesnej. Teorja o naczynioruchowem i nerwowem pochodzeniu dusznicy bolesnej była wysunięta bardzo dawno, bo jeszcze przez D e s p o r t e s'a i L a ë n n e c a, a wielu autorów w nowszych czasach jest jej zwolennikami.

P a w i ń s k i sądzi, że ośrodkiem powstania bólu są sploty nerwowe serca, a istota stanu chorobowego polega na zapalnem podrażnieniu splotów nerwowych serca *(neuritis plexus cardiacus)*.

Przypadki ograniczonego suchego zapalenia osierdzia z napadami dusznicy bolesnej, opisane przez P a w i ń s k i e g o, miały przebieg jednakowy z klasycznemi objawami niedrożności naczyń wieńcowych. Z tego powodu H a n s e r zadaje pytanie, czy właśnie zapalenie osierdzia nie było w tych przypadkach już tylko wtórnym objawem niedrożności wieńcowej.

B i e g a ń s k i (28) również opisał przypadek chorego oficera z napadami dusznicy bolesnej, w czasie których ciepłota ciała wzrastała do 37,5° C. i autor przytem stwierdził objawy suchego zapalenia osierdzia, które wkrótce ustąpiło. Przebieg napadów nasuwa podejrzenie niedrożności tętnicy wieńcowej.

W świetle zapatrywań L e s c h k e'go na istotę dusznicy bolesnej stają się zrozumiałemi spostrzeżenia M o r a w i t z a i H o c h r e i n a (53), że same przez się zmiany kiłowe lub miażdżycowe naczyń wieńcowych nie prowadzą do wystąpienia napadu dusznicy bolesnej, a muszą istnieć obok nich czynniki uboczne, wyzwalające napad.

Według materjału zestawionego przez R o m b e r g a, M o r a w i t z a i H o c h r e i n a w 75% przypadków miażdżycy naczyń wieńcowych, stwierdzonej badaniem anatomicznem zwłok, w wywiadach nie było napadów dusznicy bolesnej. — Poniekąd potwierdza takie zapatrywanie codzienne spostrzeganie i badanie chorych promieniami X. Podczas badania serca zapomocą ekranu fluoryzującego często widzimy daleko posunięte zmiany miażdżycowe tętnicy głównej, z wydłużeniem jej łuków, której zagęszczenie cienia według B o r d e t'a (30) oznacza się stopniem II lub III, a jednak badany chory nie uskarża się na napady dusznicy bolesnej. To samo da się powiedzieć o zmianach kiłowych tętnicy głównej, zwykle przebiegających pod postacią *mesaortitis* z rozlanem rozszerzeniem i rozciągnięciem jej ścian. Natomiast u chorych, którzy zgłaszają się z powodu napadów dusznicy bolesnej stwierdzamy najczęściej ledwo zaznaczone zagęszczenie cienia tętnicy głównej wstępującej i łuku zstępującego (I. st. wedł. Bordet'a) mało różniące się od cienia tętnicy prawidłowej.

Rozumie się, że nie jest to regułą, gdyż spotyka się przypadki dusznicy ze wszystkiemi objawami zmian miażdżycowych rozwiniętych w bardzo znacznym stopniu.

M o r a w i t z i H o c h r e i n utrzymują, że niedrożność tętnic wieńcowych udaje się stwierdzić badaniem anatomicznem zwłok stosunkowo rzadko, nawet w przypadkach zejścia z powodu napadu dusznicy bolesnej; na 91 tego rodzaju przypadków, według nich, udało się stwierdzić niedrożność tętnicy wieńcowej tylko w 16%.

L e s c h k e, B a c a l o g l u jednakże mniemają, że niezgodność wyników sekcyjnych z obrazem klinicznym przebiegu dusznicy bolesnej należy tłumaczyć wadliwością techniki sekcyjnej. Dzięki bowiem powolnemu zanikaniu światła tętnicy wieńcowej w pewnym jej odcinku, a zwłaszcza którejkolwiek z odnóg, zastępczo wytwarzają się liczne zespolenia tętnicze, które w chwili zaniku światła tętnicy zaopatrują w krew cały odcinek mięśniówki skazany na niedokrwienie.

Wobec tego na stole sekcyjnym zaczopowane i niedrożne drobne naczynia wieńcowe wykryć jest niesłychanie trudno. Stan taki potwierdzają badania T h o r e l'a, F u j i n a m i, M ö n c k e b e r g a (31).

Zakrzep tętnicy wieńcowej i zawał w mięśniu sercowym, któremu towarzyszy gwałtowny napad dusznicy bolesnej, zdaniem M o r a w i t z a, zdarza się o wiele częściej niż go się zwykle rozpoznaje. Są jednak spostrzeżenia, że nawet bardzo rozległe zawały w mięśniu sercowym tworzące się wskutek niedrożności tętnicy, mogą przebiegać bez objawów dusznicy bolesnej. Anatomiczne umiejscowienie zawału oraz jego rozległość w ściance mięśniowej tłumaczy w pewnym stopniu, dlaczego jeden chory może przezwyciężyć napad, inny zaś ginie podczas niego. Zresztą w większości napadów dusznicy bolesnej nie stwierdza się zawałów w mięśniu sercowym, zwłaszcza dotyczy to przypadków tak zwanej *angine d'effort* (V a q u e z (32). To ostatnie zjawisko zależy prawdopodobnie od tego, że napady *angine d'effort* wywołują

tylko przemijające zmiany w naczyniach i ukrwieniu mięśnia wraz ze splotami nerwowemi.

Wprawdzie niema bezpośrednich objawów klinicznych, które byłyby cechujące i pozwalały na postawienie rozpoznania niedrożności tętnicy wieńcowej czy zawału w mięśniówce sercowej, jednakże zespół pewnych objawów wtórnych, towarzyszących napadowi dusznicy bolesnej, umożliwia takie rozpoznanie. Postaram się więc w miarę możności pokrótce zestawić te objawy kliniczne, które spostrzegano w przypadkach niedrożności naczyń wieńcowych za życia.

1) Wystąpienie podczas zupełnego spokoju nagłego napadu dusznicy bolesnej trwającego godzinami *(status anginosus)*, który nie ustępuje pod wpływem żadnych środków uspakajających i nasercowych.

2) Uczucie przygnębienia i przedśmiertnego strachu, które zmuszają chorego do ciągłej zmiany ułożenia ciała i utrzymują go w stanie niepokoju o życie.

3) Niewydolność mięśnia sercowego i ostry spadek parcia krwi poniżej 100 i 80 mm rtęci, który może się utrzymywać tygodniami.

4) Ledwo wyczuwalne małe, nierówne i niemiarowe tętno *(pulsus inaequalis et p. alternans)*.

5) Ciche ledwo słyszalne nieczyste tony serca, czasami rytm płodowy z brakiem lub osłabieniem drugiego tonu nad koniuszkiem serca, aczkolwiek przed napadem drugi ton mógł być nawet wzmożony.

6) Suche ograniczone zapalenie listków osierdzia *(pericarditis epistenocardica)* (Kernig, Sternberg), które się wyraża wystąpieniem tarcia osierdziowego na ograniczonej przestrzeni i bezpośrednio po napadzie, jakkolwiek Leschke twierdzi, że objaw tarcia trwa b. krótko a można go usłyszeć tylko przy ucisku na klatkę, lub w fazie wydechu.

7) Podniesiona ciepłota ciała bezpośrednio po napadzie, co najpewniej da się stwierdzić mierzeniem w odbytnicy i na co kładą szczególny nacisk Hanser, Frank, Bacaloglu, jako jeden z zasadniczych objawów zawału ściany serca. Polecają oni nie zaniedbywać mierzenia ciepłoty ciała w każdym przypadku napadu dusznicy bolesnej. Jest możliwe, że wzniesienia ciepłoty wywołują w przypadku zawału wessane ciała białkowe i produkty rozpadu tkankowego, a zatem jest to objaw dość pewny i stały.

8) Obraz dychawicy sercowej wyrażający się uczuciem braku powietrza i uciskiem.

9) Nagły zapad i spadek parcia krwi, trupia bladość powłok i warg — słowem objawy gwałtownego zadrażnienia układu nerwowego trzewiowego; zapadnięcie się widocznych żył, zimne poty etc.

10) Leukocytoza wielojądrzasta sięgająca 15 — 20.000, którą można stwierdzić w wypadku zawału nawet w $1^1/_2$ godz. po napadzie (Liebmann i Sacks, Parkinson i Bedford) (36).

11) Zwiotczały i flakowaty mięsień sercowy w obrazie rentgenoskopowym (badanie trudne do przeprowadzenia ze względu na stan chorego).

12) Często bezmocz ponapadowy.

13) Powiększenie wątroby nieznacznego stopnia, czasami obrzęk płuc oraz zawały naczyń płucnych.

14) Odbijania, wymioty, biegunki, często bóle w dołku podsercowym.

Leschke utrzymuje, że można nawet rozpoznać, która tętnica wieńcowa uległa zaczopowaniu t. j. prawa czy lewa. W pierwszym wypadku występują objawy niedomogi prawego serca z ostrą rozstrzenią komory, powiększenie wątroby i przepełnienie żył szyjnych. Prócz tego stwierdza się zaburzenia automatyzmu w postaci zmiany rytmu serca wskutek niedokrwienia ośrodka zatokowego. Po zaczopowaniu zaś lewej tętnicy wieńcowej na czoło wysuwa się obraz niedomogi lewego serca z rozstrzenią lewej komory, z zastojem w krążeniu małem, obrzękiem płuc i tp.

15) Wreszcie zawał w mięśniu sercowym daje przy badaniu charakterystyczną krzywą elektrokardjograficzną, którą cechuje zniekształcenie odcinka RT względnie ST, tworząc łuk poczynający się od zstępującego ramienia R, a wznoszący się ponad linją izoelektryczną i zlewający się z falą T zwykle ujemną. Obraz ten jest najwyraźniejszy w odprowadzeniu III.

W późniejszym okresie mamy tylko ujemną falę T, która może być dość ostrą i głęboką i to w kilku odprowadzeniach.

Pardec, Clerc, Rotschild i inni stwierdzili na zwierzętach, że po zaczopowaniu tętnicy wieńcowej w elk. otrzymuje się T ujemne, które ma być cechującym objawem, jeżeli to wychylenie będziemy mieć przynajmniej w dwu odprowadzeniach. Hochrein *(M. M. Woch., Nr. 42, 1930, s. 1789)* po przeprowadzeniu szeregu badań elektrokardjograficznych na materjale klinicznym z różnemi cierpieniami sercowemi, a w tem i z niedrożnością tętnic wieńcowych doszedł do przekonania, że t. zw. *„coronary T"* angielskich i amerykańskich autorów nie jest patognomoniczną dla niezdrożności lub zawału, gdyż występuje niekiedy w lekkich cierpieniach serca, n. p. nerwicy pod wpływem *digitalis etc.*

Emile Géraudel (33) ogłosił ciekawe spostrzeżenia, z których wynika, że rozkojarzenie rytmu i zaburzenia automatyzmu sercowego zależą w pierwszym rzędzie od niedrożności, względnie od zwężenia odgałęzień tętnic wieńcowych, które mają specjalne przeznaczenie zaopatrywać w materjał odżywczy węzły zatokowe Keith-Flacka *(Atrio nectère)*, przedsionkowo — komorowe Aschoff-Tawary oraz pęczek Hisa *(l'artère de L'atrio et du ventriculo-nectère)*. Według Latkowskiego (34) już samo zwyrodnienie mięśnia sercowego zwłaszcza rozlane, w pewnych przypadkach pociąga za sobą zmianę krzywej elektrokardjograficznej i ujemną falę T.

Wobec tych spostrzeżeń, nie można wedle Latkowskiego z samej krzywej elektrokardjograficznej rozpoznawać zaczopowania tętnicy wieńcowej serca. Obserwowano też i inne zmiany elektrokardjograficzne jak wyżej wspomniane, lecz mniej cechujące, a także trzeba zaznaczyć, iż nawet duże zawały mogą czasem przebiegać bez żadnej zmiany elektrokardjogramu.

U łoża chorego, w przebiegu ciężkiego napadu dusznicy bolesnej, trzeba zawsze pamiętać o możliwości zatkania tętnicy wieńcowej, a mając w pamięci zespół objawów przytoczonych wyżej, łatwo jest uniknąć błędu rozpoznawczego. Należy pamiętać, jak mówi Morawitz, że zakrzep i niedrożność naczyń wieńcowych zdarza się częściej, niż się to rozpoznaje.

Jeżeli chory przeżyje groźny pierwszy napad, wywołany nagłą niedrożnością tętnicy wieńcowej i zawałem mięśnia sercowego, to dalszy rozwój kliniczny cierpienia przebiega pod postacią, której Sternberg dał nazwę *pericarditis epistenocardica et myomalacia cordis*. W obrazie klinicznym schorzenia pozostaje jeszcze pewien czas po napadzie uczucie bólu i ściskania w okolicy serca.

Dok. nast.

Dr. Jerzy SZYMONOWICZ, st. asystent kliniki.

Zalety stosowania uśpienia aparatem Ombrédanne'a.

Z Kliniki Chirurgicznej U. J. K. we Lwowie.
Kierownik: Prof. Dr. H. Schramm.

Od najdawniejszych czasów medycyny zagadnienie znieczulania budziło szczególne zainteresowanie, w dobie zaś obecnej jest pojęciem, w ogólnem tego słowa znaczeniu, o nader szerokich granicach i tworzy jedno z najpoważniejszych zagadnień, a nawet oddzielną gałąź chirurgji nowoczesnej. Zagadnienie to, mimo znacznego postępu i licznych zdobyczy na tem polu, nie zostało do dnia dzisiejszego definitywnie załatwione i w dalszym ciągu tworzy problem do ożywionych dyskusyj i doświadczeń. Szczególnie w czasach ostatnich pojawiły się liczne nowe metody i środki znieczulające, które najdobitniej świadczą jak oddaleni jesteśmy od ostatecznego, chociażby zbliżonego do ideału, rozwiązania tego zagadnienia. Nauka o sposobach znoszenia bólu podczas zabiegów chirurgicznych, przechodziła najróżnorodniejsze koleje, a, ze względu na metody stosowane, możnaby podzielić historję jej na szereg okresów. I tak w okresie pierwszym dominowało niepodzielnie znieczulenie ogólne zapomocą uśpienia, z początku chloroformem, później eterem, które jednak zawsze mniej lub więcej było połączone z pewnem uszkodzeniem organizmu, czyto w postaci zaburzenia równowagi koloidowej, czy też komórkowej przemiany materji, izotonji, izojonji, poziomu równowagi kwaso-zasadowej, względnie do pewnego stopnia uszkodzeniem narządów miąższowych. Po długim okresie znieczulenia ogólnego zapomocą uśpienia nastąpił okres, w którym skierowano uwagę w stronę znieczulania miejscowego, względnie przewodowego nowokainą, czy też podobnemi jej środkami, jednakże wielkie nadzieje, pokładane w tem znieczuleniu, ziściły się jedynie w części, nie brano bowiem pod uwagę z jednej strony granicy farmakologicznej środka znieczulającego, z drugiej zaś strony nie liczono się z momentem bardzo ważnym, jakim jest uraz psychiczny podczas znieczulania i przytomność chorego podczas zabiegu operacyjnego. W ostatnich czasach zwrócono się w kierunku narkotyków, doprowadzanych ustrojowi pozapłucnie (parapulmonalnie), ale także na tem polu nie uzyskano całkowicie zadowalających wyników w pojęciu narkozy pełnej *(Vollnarkose)*. W chwili obecnej, aczkolwiek istnieją zdeklarowani zwolennicy poszczególnych metod, nastąpił zwrot w kierunku uśpienia eterowego, jeżeli już nie jako uśpienia pełnego, to jako idealnego

uzupełnienia narkozy podstawowej w tej lub innej postaci (*Basisnarcose*). Widzimy więc, że jedynie racjonalnym sposobem postępowania, w celu zniesienia bólu przy zabiegach operacyjnych, jest jak najdalej posunięta indywidualizacja metodyki znieczulania, uwzględniejąca cały szereg momentów decydujących o wyborze znieczulenia, przyczem, jak dawniej tak i dziś, metodą podstawową, względnie pomocniczą, znieczulenia ogólnego, bez której przeważnie obejść się nie możemy, jest uśpienie eterowe.

W niniejszej pracy pragnąłbym zająć się omówieniem stosowania uśpienia eterowego aparatem Ombrédanne'a. Mając sposobność dokładnego zaznajomienia się z wszelkiemi zaletami tego aparatu na tutejszej klinice i przeszło czteroletnie doświadczenie w tym kierunku, zadaniem mojem będzie zapoznanie szerszych warstw chirurgów z zaletami tej metody i podzielenie się uwagami wynikającemi z naszych dotychczasowych rezultatów.

Przeszło dwadzieścia lat mija, bo od roku 1908, kiedy w *„Gazette des Hopitaux"* pojawił się artykuł, donoszący o skonstruowaniu przez Ombrédanne'a aparatu do usypiania zapomocą eteru lub innych mieszanin gazowych. O nadzwyczajnej wartości i użyteczności tego wynalazku świadczy najlepiej szerokie zastosowanie jego, nietylko we Francji, ojczyźnie autora, lecz nawet w krajach niechętnie odnoszących się do twórczości francuskiej jak Niemcy i tak oddalonych jak Ameryka. W ostatnich czasach aparat ten używany jest prawie we wszystkich większych ośrodkach chirurgicznych całego świata, zyskując sobie należne uznanie coraz liczniejszych i poważniejszych zwolenników, nie tracąc nic na swem znaczeniu mimo znacznych postępów sztuki usypiania i znieczulania. Najwyraźniej stwierdza jego wartość i rolę w dobie obecnej obszerne dotychczasowe odnośne piśmiennictwo i szereg dyskusyj naukowych.

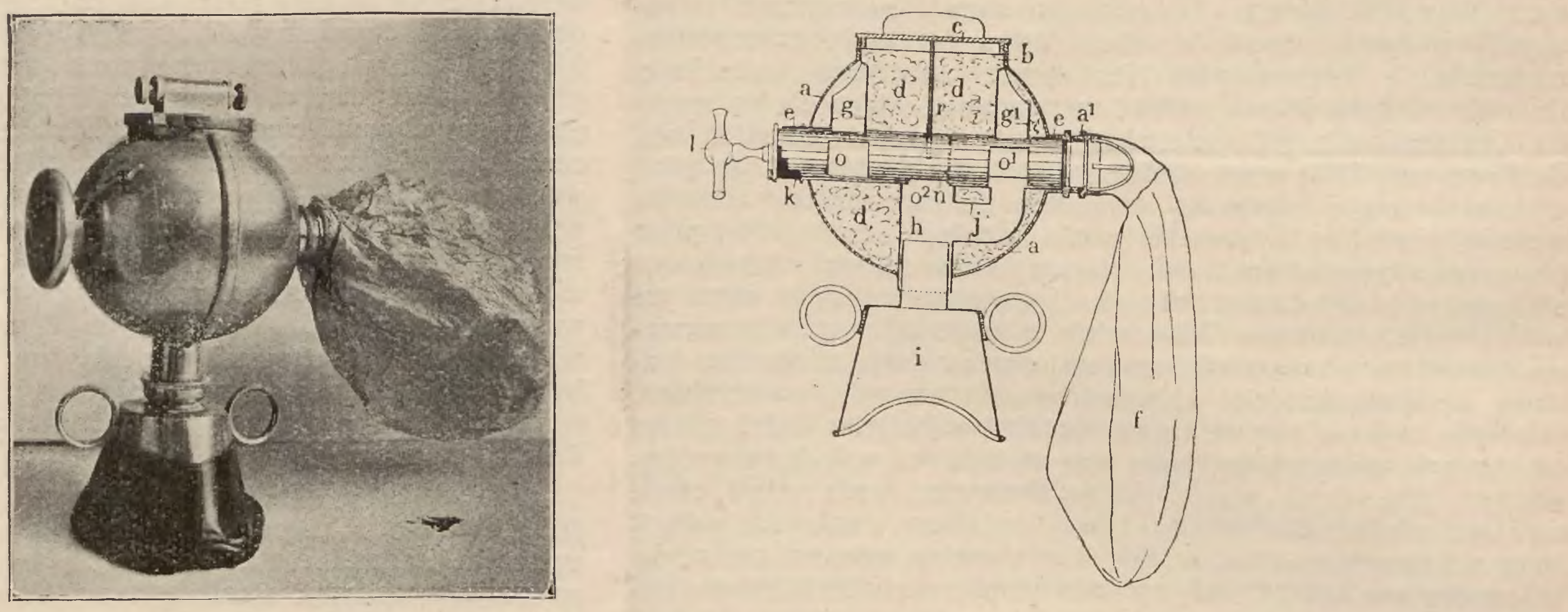
Pomysł tego aparatu jest głęboko przemyślany, a jednak prosty i łatwo zrozumiały. Cały aparat składa się z zasadniczej części, zbiornika metalowego (a) w kształcie kuli, wypełnionego filcem (d) a zawierającego środek usypiający, do dna jego dołączona jest ruchoma metalowa maska (i), obejmująca otwory nosowe i usta, pokryta dla szczelności grubym płaszczem gumowym. Z jednego boku umocowany jest worek z pęcherza zwierzęcego (f) służący do mieszania się gazu z rezerwą powietrzną i wydalonem powietrzem wydechowem. Po stronie przeciwnej z drugiego boku zbiornika, naprzeciw otworu łączącego go z pęcherzem znajduje się specjalne urządzenie do precyzyjnego regulowania dopływu świeżego powietrza lub zagęszczania mieszaniny gazowej. Urządzenie to w postaci kurka bocznego (l), posiada wskaźnik, wykazujący w każdej chwili na obok wykreślonej skali od 0 — 8 stopień nasycenia mieszaniną i reguluje przez szczelinowaty otwór dostęp powietrza do maski przy odkręcaniu. Oba otwory boczne połączone są ze sobą rurą posiadającą dwa wycięcia (o, o'), rura ta przy odkręcaniu względnie zakręcaniu kurka automatycznie zwiększa, względnie zmniejsza dopływ gazu funkcjonując podobnie do przepustnicy automobilowej. Oprócz wyżej wymienionych trzech otworów, zbiornik posiada nadto u szczytu klapę (c) szczelnie przylegającą, służącą do napełniania zbiornika. Poza tym podstawowym modelem, produkowanym w różnych trzech wielkościach przez firmę Collin w Paryżu, istnieje szereg modyfikacyj, nie zmieniających istoty aparatu, które mają jedynie za zadanie udogodnić jej użyteczność, przez zwiększenie poręczności i uwygodnienie sposobu stosowania. Celem więc zmniejszenia ciężaru a zwiększenia ruchomości włączono gumową dość sztywną rurę pomiędzy zbiornik a maskę; umożliwia to stosowanie aparatu w najróżnorodniejszych pozycjach chorego i przy zabiegach operacyjnych na twarzy, zajmując mniej miejsca, tem bardziej że zamiast całej maski można choremu wprowadzić kauczukowy ustnik z równoczesnem zaciskiem nosa. B ö e r n e r z powodu małej poręczności aparatu skonstruował specjalny stelaż, umocowany do stołu operacyjnego, zwiększający w znacznym stopniu możliwość zmiany położenia wraz z chorym. Najprostszym sposobem jest jednak umocowanie aparatu na sprężynach, przytwierdzonych dwoma chwytnikami po obu stronach maski i zawieszonych na łuku metalowym, operacyjnego stołu, podtrzymującym okrycie nad twarzą chorego. W ten sposób znosi się z jednej strony niepotrzebne zajęcie rąk usypiającego, z drugiej strony unika się ucisku aparatu na twarz chorego.

Przechodząc do sposobu używania aparatu Ombrédanne'a, postaram się najdokładniej opisać metodę, stosowaną od czterech lat na tutejszej Klinice z najlepszemi, jak dotąd, wynikami. Pierwszym ważnym warunkiem jest utrzymanie aparatu w idealnej czystości i świeżości nietylko zewnętrznie ale i wewnętrznie, to znaczy że przed każdorazowem użyciem zbiornik musi być otwarty i wywietrzony, nietyle ze względów higienicznych, ile celem usunięcia resztek środka usypiającego, używanego przy poprzedniej narkozie. B o i t posuwa się nawet do tego stopnia ostrożności, że co parę dni wyjmuje filc ze zbiornika i poddaje sterylizacji. Podczas przewietrzania wskazane jest zduszenie pęcherza dla usunięcia przedewszystkiem z niego zalegającego powietrza. Poza tem oczyszczamy najdokładniej samą maskę i pokrywający ją płaszcz gumowy. Następnie przystępując do narkozy, wlewamy do zbiornika zależnie od przewidywanej długotrwałości, mającego się odbyć zabiegu operacyjnego, 50—100 cm^3 eteru, przy zamkniętym regulatorze z wskazówką na 0 stopnia skali, zamykamy szczelnie pokrywę i nałożywszy cienką warstwę wyjałowionej gazy na gumowy płaszcz maski, gotowi jesteśmy do rozpoczęcia uśpienia. U chorego odpowiednio przygotowanego, po podaniu na 15' przed zabiegiem 0,01 morfiny lub pantoponu + 0,001 atropiny, względnie zależnie od stanu chorego, innego łagodniejszego środka uspakajającego jak Bromural, Somnifen i t. p. polecamy mu zaczerpnąć większą ilość powietrza do płuc, nakładamy maskę na twarz, umocowujemy ją szczelnie i przy zupełnie zamkniętym regulatorze rozkazujemy wykonać kilkanaście głębokich oddechów. W ten sposób z jednej strony wypełnia się pęcherz i zyskujemy większą rezerwę świeżego powietrza, z drugiej strony chory powolnie przyzwyczaja się do niezawsze dającego się łatwo opanować, oddechania przez aparat. Teraz powoli i systematycznie otwieramy kurek regulatora i dopuszczamy mieszaniny środka usypiającego, wskazówka winna w przeciągu mniej więcej 6—10' osiągnąć cyfrę 6 stopnia skali, przy której to wysokości otrzymuje się przeciętnie pełne uśpienie, do wystąpienia jednak jego musi się odczekać pewien okres czasu. Przy racjonalnem i umiejętnem stosowaniu tego aparatu, chory usypia łagodnie, przechodząc przez okres podniecenia prawie niepostrzeżenie. Oddech utrzymuje się regularny, nieco przyśpieszony, głęboki. Po wprowadzeniu chorego w okres głębokiego uśpienia cofamy regulator, ustawiając wskaźnik u pijaków na 5, u silnych osobników na 4, u kobiet i wyniszczonych na 3, u dzieci zaś zależnie od wieku na $1^1/_2$ — 2 stopnia skali. Powyższe ilości eteru w zupełności wystarczają do utrzymania głębokiego uśpienia. Po 10 — 15' trwania uśpienia zmniejszamy liczbę skali o $^1/_2$ stopnia postępując w ten sposób co każde 15' dalszych. (B o i t). Jeżeli z początku występuje okres podrażnienia błon śluzowych górnych dróg oddechowych, kaszlu, ślinienia, względnie sinicy, zatamowania oddechu, wogóle silniej zaznaczony okres podniecenia, co obserwowaliśmy naogół nader rzadko, to winę należy przypisać za szybkiemu dopuszczaniu gazu i nieumiejętności stosowania aparatu, albo też specjalnej wrażliwości chorego. W tych wypadkach należy natychmiast zmniejszyć stopień zagęszczenia narkotyku i zwolnić podawanie, indywidualizując szybkość uśpienia, zależnie od szczególnej czułości chorego.

Celem uniknięcia powyższych błędów należy uzmysłowić sobie, że uśpienie jest dopiero wtedy zupełne, skoro ośrodkowe komórki nerwowe do odpowiedniego stopnia nasycą się środkiem usypiającym, a nim to nastąpi musi minąć pewien określony przeciąg czasu, dla poszczególnych osobników różny. Wystąpienia uśpienia nie można więc wedle naszej woli przyśpieszyć, nie może ono bowiem prędzej wystąpić nim czas koniecznie potrzebny do nasycenia komórki nie minie. Jeśli zaś niedoświadczony stara się narkozę przynaglić gwałtownem podawaniem większych ilości środka usypiającego powoduje jedynie zwiększoną koncentrację narkotyku we krwi, pewne przedawkowanie, podczas gdy komórki ośrodków nerwowych jeszcze nie zdążyły w odpowiednim stopniu związać się z narkotykiem i uśpienie nie występuje. Dopiero w chwili kiedy nastąpi wyrównanie zagęszczenia we krwi i wystarczającego nasycenia w ciele komórki pojawia się pełna narkoza. W ten sposób można wytłumaczyć sobie paradoksalny objaw, iż czasami nawet zmniejszenie dopływu środka usypiającego, poprzednio przedawkowanego powoduje pełne uśpienie. Z chwilą wystąpienia objawów pełnego uśpienia i uzyskania całkowitego zwiotczenia mięśni, wraz z zniesieniem odruchów, przy krótkotrwałych zabiegach operacyjnych, należy cofnąć wskaźnik na 2—3 stopnie skali, co w zupełności wystarcza, podczas gdy przy cięższych zabiegach w jamie brzusznej utrzymujemy cały czas trwania narkozy wskaźnik na 4 — 5 stopniu skali, uzyskując tem najgłębszy poziom uśpienia, które dla chorego, ze względu na uniknięcie szkodliwego działania urazu podczas pracy w jamie brzusznej, jest najkorzystniejsze. Żadną inną, dotychczas stosowaną metodą nie możnaby osiągnąć tak równomiernego i spokojnego snu jak właśnie aparatem Ombrédanne'a.

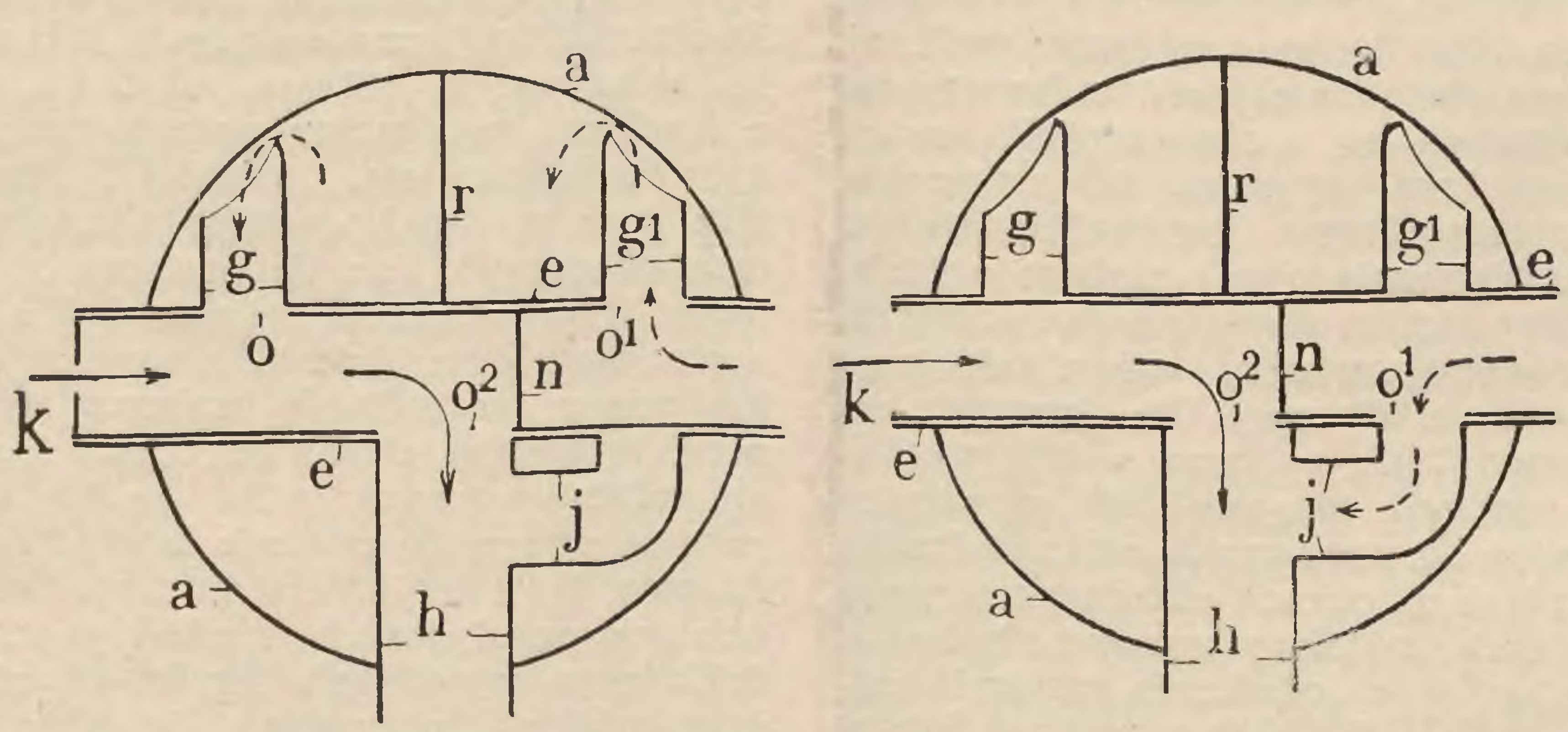
Sposób używania i obchodzenia się z aparatem Ombrédanne'a wydaje się na pierwszy rzut oka zupełnie nieskomplikowany i pojedyńczy, jednakże przy nieumiejętnem stosowaniu, może nastąpić pewne przedawkowanie i niepożądane objawy, nigdy jednak groźne w następstwach, którym łatwo można zapobiec baczną obserwacją stanu chorego i ciągłą kontrolą stanu uśpienia. Przy ewentualnych jednak wypadkach nieuważnego przedawkowania narkotyku, prawie nigdy nie następuje porażenie ze strony narządu oddechowego, ze względu na stale wystarczającą obecność i odpowiednie nasycenie krwi kwasem węglowym, który jest dostatecznie nagromadzony, aby utrzymać w ciągłem podnieceniu ośrodki od-

dechowe. Wedle Boit'a, Fohl-Eitla, Glasera, optimum zawartości kwasu węglowego w doprowadzonej mieszaninie nie powinno przekraczać 5%. Kwas węglowy podawany w powyższej ilości w znacznym stopniu przyśpiesza ilość oddechów (30 — 40 — 50 oddechów na minutę) pogłębia wdech (zwiększona pojemność wdechu przyśpiesza wysycenie krwi) poza tem wywołując przekrwienie płuc, wpływa dodatnio na ogólne krążenie, w szczególności na opróżnienie krwi z wątroby (Henkel, Netzer). Pogłębienie i przyśpieszenie oddechu powoduje szybkie i łatwe wystąpienie uśpienia i obudzenie się, to ostatnie można jeszcze przynaglić następowem pouśpieniowem podawaniem czystego kwasu kszać stopień skali, co jednak jest zawsze ryzykowniejsze, niż dolanie świeżego eteru, nie można jednakże zapominać, że z chwilą świeżego dopełnienia aparatu i tem samem automatycznego zagęszczenia gazu, należy natychmiast zmniejszyć jego dopływ. Powodem tego małego zapotrzebowania i jak najekonomiczniejszego wykorzystania eteru, jest przedewszystkiem zużytkowanie, prawie całkowite eteru wydechanego, przy powtórnym wdechu, gdzie powietrze nasycone resztkami niezużytego eteru powraca z pęcherza zpowrotem do płuc. Dostęp świeżego powietrza jest wystarczająco zapewniony tak, że nigdy nie może nastąpić nadmierne przeładowanie kwasem węglowym, z następową sinicą,



Aparat do usypiania Ombrédanne'a fabr. Collin.

Na prawo przekrój aparatu: a) metalowy zbiornik, b) otwór do napełniania, c) pokrywa, d) filc wypełniający zbiornik, e) rura przepustnicy gazowej, f) worek z pęcherza, g) i g_1) rury doprowadzające środek usypiający, h) otwór do maski, i) maska, k) szpara dopływowa powietrza, l) regulator, o), o_1), o_2) otwory przepustnicy.



Aparat do usypiania Ombrédanne'a fabr. Collin.

Przekroje aparatu w różnych fazach funkcji. Na lewo prawie całkowite zamknięcie dostępu powietrza (wskazówka na 8. stopniu skali), pełny dopływ gazu przez otwarte rury gazowe (g i g_1), pęcherz włączony pośrednio. Na prawo moment pełnego dopływu powietrza (wskazówka regulatora na 0. stopniu skali), zupełne wyłączenie rur dopływowych gazu (g i g_1), pęcherz włączony bezpośrednio w akcję oddechu.

węglowego do powietrza wdechiwanego. Poza tem kwas węglowy ma pewien wpływ na narząd krążenia, miernie przyśpieszając tętno i podnosząc ciśnienie krwi, co spowodowane jest nietyle eterem co właśnie kwasem węglowym, działającym podniecająco drogą bodźca na ośrodki zwężające naczynia (Poulsson).

Zużycie ilości eteru jest ograniczone do minimum. Wlane przed uśpieniem do aparatu 100 cm³ eteru wystarcza w zupełności do nieprzerwanej, pewnej i głębokiej narkozy trwającej 1½ godziny. O zawartości eteru w aparacie można się zawsze łatwo przekonać węchem, po otwarciu pokrywy, względnie z wydechanego powietrza; w razie jednak wyczerpania się eteru łatwo można go uzupełnić dolaniem świeżego. Z chwilą zmniejszenia się końcowej ilości eteru jesteśmy zmuszeni celem utrzymania uśpienia zwiękaczkolwiek większa niż normalnie zawartość kwasu węglowego, jak wspomniano wyżej, ma swoje korzystne działanie podniecające na ośrodek oddechowy. Większa część wydechanego powietrza dostaje się do pęcherza, w którym następuje koncentracja i wymieszanie świeżego eteru i powietrza z niewykorzystanem przy poprzednim wdechu, które chory obecnie przy następnym wdechu, wciągając częściowo z pęcherza prawie doszczętnie zużywa. Z drugiej strony w świeżo wdechanem powietrzu powstaje pewien stopień stałego naładowania eterem, tak że jedynie nieznaczną część eteru w powietrzu wydalanem traci się a mianowicie tę, która nie przedostaje się do pęcherza, a zostaje wyparta przez otwór dopływowy. Widzimy więc z powyższego jedną z ważnych zalet aparatu Ombrédanne'a, przy użyciu bowiem powszechnie używa-

nej szablonowej metody kropelkowej maską Schimmelbuscha, duże ilości eteru niewykorzystanego ulatniają się bezpowrotnie, bezużyteczne dla chorego, szkodliwe dla otoczenia.

Dalszą ważną zaletą aparatu Ombrédanne'a jest używanie przy tej metodzie przegrzanego powietrza do wdechu. Wiadomo, że przy zmieszaniu powietrza z eterem i jego parowaniu, przychodzi w zwyczajnej masce do znaczniejszego oziębienia wdechiwanej mieszaniny gazowej (Hofmann). W masce Sudecka oziębienie może dojść nawet do 18° poniżej ciepłoty otaczającego powietrza (Joss), a przy kropelkowej metodzie maską Schimmelbuscha do 15° C. Oziębienia tego różni autorowie w niejednakowym stopniu obawiają się (Dürck), natomiast większość poleca gorąco stosowanie do usypiania mieszanin gazowych przegrzanych (Clöver, Haun, Läwen). Do pewnego stopnia przegrzanie to następuje w każdej masce szczelnej, wykonanej z bardziej stałego materjału, a spowodowane jest przez powietrze wydechane. O wiele wyższy jednak stopień przegrzania osiąga się w aparacie Ombrédanne'a, gdzie z jednej strony ogrzane powietrze wydechowe powtórnie przy następnym wdechu dostaje się do płuc, z drugiej strony oziębienie spowodowane parowaniem eteru na wolnem powietrzu z otwartej maski zupełnie odpada. Powyższe przegrzanie mieszaniny eteru ułatwia dokładniejsze wymieszanie się gazów i zwiększony stopień skoncentrowania par eteru we wdechowym strumieniu. Mianowicie zależnie od stopnia przegrzania powietrza i odpowiedniego poziomu ciepłoty, mieszanina gazowa uzyskuje bardziej skoncentrowane nasycenie narkotykiem, działanie bowiem par eteru na organizm zależy w dużej mierze od ciśnienia częściowego, jakie ono posiada we wdechiwanem powietrzu. (Bert). A więc ilość wchłoniętego przez ustrój eteru, nie jest zależną o absolutnej ilości podanego eteru, lecz od ciśnienia, które pary eteru w każdej mieszaninie gazowej posiadają, to znaczy od koncentracji par eterowych we wdechiwanem powietrzu. Dlatego też zrozumiałe jest, iż zapomocą aparatu Ombrédanne'a, przy zużyciu mniejszej ilości stosowanego środka usypiającego, uzyskujemy szybciej ten sam wynik, który osiągnąćby można podając większe ilości narkotyku jakąkolwiek inną metodą.

Zapomocą aparatu Ombrédanne'a jesteśmy w stanie wpłynąć na przyśpieszenie momentu obudzenia się chorego w ten sposób, że przy zakończeniu uśpienia i po zupełnem wstrzymaniu dopływu narkotyku ze zbiornika aparat pozostawiamy nadal na twarzy chorego. Jeżeli bowiem aparat usuniemy, wyraźnie można zaobserwować, iż oddechy stają się bardziej powierzchowne i wolniejsze, co spowodowane jest spadkiem ilości kwasu węglowego we krwi. Przez pozostawienie jednak aparatu a zamknięcie całkowite dopływu eteru, ustawieniem wskazówki na 0 stopniu skali, zostaje zawartość kwasu węglowego we krwi utrzymana na tym samym poziomie i tem samem zwiększona głębokość i szybkość oddechów a dalej następowo lepsze przewietrzenie płuc i szybsze wydalenie narkotyku (Körbler). Poza tem z chwilą usunięcia aparatu przerywa się dopływ przegrzanego powietrza, chory zaś otrzymuje o wiele zimniejsze powietrze z otoczenia. To zimniejsze powietrze przez zmniejszoną koncentrację w danej chwili wydzielanego eteru zostaje słabiej nasycone niż powietrze przegrzane i w ten sposób wydalanie zależne od wyrównania stężenia środka usypiającego w powietrzu, krwi i ośrodkach układu nerwowego zostaje upośledzone, a tem samem opóźniony moment obudzenia. Po długotrwałych i głębokich narkozach obudzenie następuje jednak powolniej i łagodniej niż po jakichkolwiek uśpieniach innemi metodami. Polega to na tem, że zapomocą aparatu Ombrédanne'a, osiąga się głębokość uśpienia tego stopnia, którego innym sposobem usypiania bezkarnie jedynie rzadko można uzyskać, pomijając naturalnie wypadki, gdzie przyczyną głębokości snu są błędy techniczne. Najczęstszym błędem, powodującym w znacznym stopniu opóźnienie obudzenia się chorego, jest przedawkowanie przy końcu narkozy, co zdarza się prawie stale niedoświadczonym usypiaczom, najczęściej bowiem, potrzebne pogłębienie uśpienia przy zakończeniu zabiegu operacyjnego podczas zaszywania powłok brzusznych, rozpoczynają zapóźno i tem samem później kończą podawanie środka usypiającego, co prawie stale powoduje przedawkowanie nawet po za szybko przerwanem uśpieniu. Błąd ten przy stosowaniu aparatu Ombrédanne'a, dla nieco wprawniejszego usypiacza jest łatwy do ominięcia.

Szczególne zainteresowanie budzi biologiczne oddziaływanie tego sposobu uśpienia na ogólną przemianę materji ustroju usypianego. Badania Fohla nad zachowaniem się poziomu zasobu zasad, które są wskaźnikiem równowagi kwaso - zasadowej organizmu, dalej zmiana ciepłoty i jej pomiary, jako wskaźnika równowagi cieplnej, obliczenia poziomu cukru i zawartości kwasu mlekowego we krwi tętniczej i żylnej jako wskaźnika zdolności utleniających; wszystkie one wskazują minimalne odchylenia od normy i optimum procesów utleniania. I tak ciepłota obniża się o 0,4° C mniej niż przy zwyczajnym sposobie usypiania kropelkowego lub uśpieniu awertynowem i zachowuje się podobnie jak przy miejscowem znieczuleniu (Niden). Jeżeli chodzi o uszkodzenie narządów miąższowych, przedewszystkiem wątroby i nerek, to skrupulatne badania przeprowadzone przez Eitel-Fohl'a nietylko nad zachowaniem się przemiany materji, ale również żmudne badania drobnowidowe pośmiertne powyższych narządów, w przypadkach nawet długotrwałej narkozy, nie wykazały żadnych widocznych uszkodzeń i zmian w wyglądzie tychże organów. Nawiasowo nadmienić jednak należy, iż, aczkolwiek powyższy sposób uśpienia nie wywiera większego wpływu na ogólną przemianę materji, nie wywołuje wyraźniejszych zmian w narządach miąższowych, to jednak wiadomo, iż wogóle występujące pouśpieniowe zaburzenia ogólnej przemiany są nie tyle krytycznym miernikiem środka usypiającego i metody podawania narkotyku, ile wyrazem sposobu podawania i doświadczenia usypiającego (Rehn, Trendelenburg). Jeśli więc, posiadając nieco doświadczenia, uda się nam przeprowadzić uśpienie zapomocą minimalnej ilości środka usypiającego, z ominięciem względnie złagodzeniem okresu podniecenia, przy dobrze utrzymanej czynności oddechowej i prawidłowem krążeniu krwi, to w takim wypadku chemizm krwi nie ulega wybitniejszym szkodliwym zmianom w pojęciu kwasicy, czyli zmniejszenia zasobu zasad (Fohl). Jak z powyższego wynika, uśpienie wsteczne aparatem Ombrédanne'a, zapewnia najlepsze warunki zaopatrzenia obwodowych tkanek tlenem tak, iż przemiana węglowodanów odbywa się bez powstawania ubocznych kwaśnych produktów (kwas mlekowy), których to zwiększona produkcja jest przyczyną zmniejszenia zasobu zasad. (Schneider, Widmann).

Przeglądając odnośne piśmiennictwo, stwierdzamy znaczną ilość używanych narkotyków i mieszanin gazowych do usypiania aparatem Ombrédanne'a. Oprócz ogólnie stosowanych i łatwych wszędzie do nabycia, a najprostszych w podawaniu jak eter i chlorek etylu, pomijając ostatecznie wyrugowany chloroform, prawie w każdym kraju napotykamy na różne mieszaniny gazowe z dodatkiem olejów balsamicznych, produkowane pod najróżnorodniejszemi nazwami. Jedna z najdawniejszych mieszanin jest mieszanina *Billrotha* składająca się z 3 części chloroformu + 1 alkoholu + 1 eteru, dalej angielska mieszanina *„A. C. E."* 1 część alkoholu + 2 części chloroformu + 3 części eteru. Z nowszych fabr. Riedla *„Alkoform"* alkohol + eter + chloroform + chlorek etylu + olejki eteryczne i szereg opartych na tej samej zasadzie środków usypiających, polecanych jeszcze przez Schleich'a *„ätherische Siedegemischen"* zawierających jedynie wyżej wymienione części składowe w różnym stosunku pod nazwami *„Balsoform"* z środkiem łagodzącym podrażnienie błon śluzowych i przeciwgnilnym *Gomenolem, „Anasthol", „Rinarom"* i t. d. We wszystkich tych środkach dodatek alkoholu odgrywa rolę nie środka oszałamiającego, lecz do pewnego stopnia jako odtrutka chloroformu. Doświadczenia Binz'a i Kalin'a dowodzą bowiem, iż nawet małe dawki alkoholu wywierają podniecające działanie na krążenie w szczególności podnoszą wydatnie ciśnienie krwi, które przy podawaniu chlofornu opada. Holtz i Führer twierdzą na podstawie swych badań, że 7% alkoholu dodanego do chloroformu utrzymuje ciśnienie krwi prawie na normalnym poziomie. Badania Fohl'a i Widmann'a, którzy badali doświadczalnie działanie pojedyńczych składników powyższych mieszanin w celu dokładnego wyjaśnienia fizyko - chemicznego przebiegu tego rodzaju uśpienia, stwierdzają, że mimo wielkich różnic w punkcie wrzenia tychże (chlorek etylu 15, eter 35, chloroform 65° C) zmieszane ulegają one równoczesnej destylacji zależnie od warunków oddechania wstecznego. Wonne substancje balsamiczne dodawane w postaci olejków eterycznych do mieszanin, z jednej strony mają za zadanie pokrycie do pewnego stopnia niemiłego zapachu środków usypiających, z drugiej strony łagodzą refleksy nerwu trójdzielnego i węchowego oraz podrażnienie błon śluzowych górnych dróg oddechowych (nosa, krtani, tchawicy, oskrzeli) i zapobiegają niemiłym ubocznym objawom przy rozpoczęciu usypiania w postaci ślinienia, uporczywego kaszlu i następowego podniecenia (bezdech, zapaść, zahamowanie czynności serca). Z pośród olejków stosowano *Ol. lavandulae, cajeputi, bergamottae, pini pumilionis, rosae,* i t. d. Obecnie podają kombinacje poszczególnych grup substancyj wonnych *(Idrolan* fabr. Riedla) w myśl zasady Bürgi'ego bowiem, dodatek drobnej nawet ilości olejku innej grupy znacznie wzmacnia i łagodzi zapach olejku podstawowego.

Na tutejszej klinice stosujemy uśpienie aparatem Ombrédanne'a od lat czterech, w którym to czasie wykonano przeszło 2,000 uśpień tą metodą, przeważnie przy zabiegach ciężkich w jamie brzusznej, trwających ponad godzinę. Do uśpienia, zależnie od długotrwałości zabiegu, używamy eteru, względnie jego mieszaniny z chlorkiem etylu (najkorzystniej w stosunku 3 eteru na 1 część chlorku etylu). Tę ostatnią podajemy stosunkowo rzadko,

jedynie przy krótkotrwałych zabiegach, zawsze z zachowaniem najdalej idącej ostrożności. Uśpienie to kombinujemy również często z innemi sposobami znieczulenia ogólnego (uśpienie awertynowe, somnifenowe, znieczulenie miejscowe lub przewodowe nowokainą, perkainą) jako uzupełnienie uśpienia podstawowego, indywidualizując w miarę możności, zależnie od zabiegu i ogólnego stanu chorego. Podczas usypiania i po dokonanem uśpieniu nie obserwowaliśmy żadnych przykrych powikłań, przeciwnie pouśpieniowe zaburzenia w zakresie dróg oddechowych i płuc, pojawiające się dawniej stosunkowo często, przy podawaniu eteru metodą kropelkową, ostatnio zmniejszyły się wybitnie.

Zestawiając zatem zalety usypiania aparatem Ombrédanne'a należy podnieść znaczną poręczność tego instrumentu, tworzącego przejście, między prymitywną metodą kropelkową a trudnemi do przenoszenia precyzyjnemi aparatami, którym prawie nie ustępuje. Wielką zaletą aparatu jest możliwość stałej kontroli uśpienia przez operatora zapomocą orjentacji w każdej chwili wskaźnikiem na skali, szczególnie przy uśpieniach przez początkujących usypiaczy. Dlatego też aparat ten nadaje się nietylko do użytku w klinikach i szpitalach, ale przedewszystkiem dla lekarzy praktyków, którzy nie rozporządzają większą ilością wykwalifikowanych sił pomocniczych. Dalszą zaletą jest całkowite zabezpieczenie przed uszkodzeniem twarzy i oczu chorego przy niezręcznem podawaniu eteru metodą kropelkową przelaniem przez maskę. Poza tem zagwarantowane jest najekonomiczniejsze zużycie eteru szczelnością i urządzeniami aparatu, usuwające w zupełności niepotrzebne i szkodliwe dla otoczenia ulatnianie się eteru z maski. Jedną z najważniejszych zalet jest możność doprowadzenia do płuc odpowiednio przegrzanej mieszaniny gazowej i dodatek kwasu węglowego, zawarunkowana metoda oddechania wstecznego. Na podstawie więc obszernego materjału klinicznego i wieloletniego doświadczenia, uwzględniając wyżej wymienione zalety jesteśmy w stanie wydać jak najlepszą opinję o tej metodzie usypiania i gorąco zalecać jak najszersze jej zastosowanie.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Erwin Liek (Gdańsk): *Das Wunder in der Heilkunde*. (J. F. Lehmanns Verlag, München 1930, Str. 208, cena 5 RM.).

Liek, sławny autor książki *„Der Arzt und seine Sendung"*, która wiele zainteresowania wzbudziła w świecie lekarskim, obrał sobie tym razem temat stary, jak medycyna sama a może starszy, przytem stale aktualny, względnie okresowo nabywający aktualności, — niedawno dzięki Coué, aptekarzowi z Nancy, ostatnio dzięki Zeileisowi z Gallspachu. Niezrozumiałe i dziwne wydaje się być zjawisko, że okresowo wyłania się z pośród miljonów osobnik, niekoniecznie lekarz, który osiąga zapomocą najprostszych środków podziwu godne wyniki lecznicze. Przypomnę tu n. p. wpływ sugestywny lekarza genewskiego Teodora Tronchina (1709—178), o którym entuzjastycznie wyrażał się Voltaire („On zna duszę, on jest wielkim lekarzem"). Z historji medycyny możnaby wymienić i innych lekarzy, którzy leczyli swoich chorych — wpływem psychicznym.

Zrozumiałem jest, że z wielkiem zainteresowaniem bierze się do ręki książkę Lieka, szukając w niej częściowego rozwiązania tego zagadnienia. Niestety, przy czytaniu czytelnik doznaje rozczarowania. Liek oprócz bardzo zajmującego opisu Zeileisa i dwóch innych, u nas nieznanych naturalistów-cudotwórców — Steinmeyera z Hahnenklee (z kupca stał się „lekarzem" nieszczęśliwych) oraz pastora (bez nazwiska) z zapadłego kąta w Estonji *), nic nowego nie wnosi, tylko powtarza i „rozwadnia" myśli, wypowiedziane już w swej pierwszej książce. Pogląd mechaniczno-przyczynowy nie wystarcza do wytłumaczenia zjawisk życiowych, a tem mniej przyjęty być może za podstawę medycyny. Życiem i procesami życiowemi kieruje czynnik, nazwany przez Lieka „twórcą wewnętrznym" *(„Der innere Schöpfer")*, wszystko co żyje jest uduchowione. „Twórca wewnętrzny" wyrównuje i usuwa w sposób celowy zmiany, wywołane w ustroju przez chorobę. Cel interwencji lekarza widzi w pobudzaniu i wspieraniu tego „twórcy wewnętrznego" w tym kierunku. Ponieważ jednak ten czynnik jest ściśle złączony ze świadomością, duszą w pojęciu codziennego słowa, nie wystarcza leczyć środkami, które oddziaływują tylko na ciało t. j. mechanicznie-przyczynowo, lecz winno się w pierwszym rzędzie działać na duszę chorego. Na tym właśnie wpływie psychicznym polegają wyniki lekarzy-cudotwórców wszystkich czasów, zwłaszcza zaś naturalistów współczesnej doby. Cud pojmuje Liek, jak Linné (wyjaśnia to w pierwszym rozdziale, *„Wunder nennen wir das, was wir in seiner Wirksamkeit nicht durchschauen"*) w o wiele szerszem pojęciu, aniżeli określa cud definicja kościelna. Mówi o „cudzie żywota" a w końcu o cudownem leczeniu nie wierząc w nadprzyrodzone siły. Książka Lieka jest apologią witalizmu, który w ostatnich latach w Niemczech staje się modny (Koch, Bier). W tej pierwszej części *(Das Wunder des Lebens)*, będącej wyznaniem programowem wiary operuje staremi znanemi argumentami (opiera się na Dinglerze przeważnie). Naiwne jest porównywanie zdrowia i choroby, życia i śmierci z wahadłem (w rozdziale drugim).

Nic nowego nie wnosi w tłumaczeniu i wyjaśnianiu wyników leczniczych laików: wynika z nich, że działa tu znana już oddawna suggestja. Nie wątpi przecież nikt, że szereg czynnościowych uszkodzeń cofa się pod korzystnym wpływem suggestji, nie mówiąc już o istnieniu czysto psychogennych chorób. Znanem jest, że niektórzy ludzie obdarzeni są zdolnością suggestywnego oddziaływania, a do nich należy większość wybitnych lekarzy, jak z drugiej strony istnieją lekarze, którzy mimo wyjątkowych wiadomości zrażają chorych swem nieodpowiedniem i niezręcznem zachowaniem się. Również słuszność posiada Liek tłumacząc częściowo tajemnicę wyników licznych laików tem, że ludzie ci, nie będąc obciążeni znajomościami diagnostyki i rokowania, wierzą we wynik swego leczenia i są w stanie wiarę tę narzucić i takim chorym, wobec których lekarze okazali swoją bezsilność. Jednak zbacza on od nas w osądzaniu wpływu suggestji na schorzenia organiczne, przesadza bowiem wiele w tym kierunku. Wprawdzie nikt nie wątpi, że stan psychiczny nie jest i w chorobach organicznych obojętny, lecz wpływ korzystny jest tu o wiele mniejszy, aniżeli wynikałoby to z wykładu Lieka; wystarczy tylko przypomnieć sobie optymizm uderzający suchotników, pozorną euforję w końcowym okresie ciężkiej posocznicy lub humor i wesołość licznych chorych, cierpiących na paraliż postępowy, by uświadomić sobie jasno, że nie we wszystkich przypadkach wartość posiada pogląd, że wiara w lekarza wystarczy dla uleczenia. Bardzo skąpo i ubogo przedstawiają się dowody Lieka o psychicznym wpływie na schorzenia organiczne. Opisuje korzystny wpływ psychicznego leczenia w przypadkach brodawek, bardzo ciekawy jest opis wpływu suggestji na trędowatych (powołuje się i cytuje lekarza z Indyj holenderskich), przytacza również przypadek raka, w którym chory po próbnej laparotomji wykazywał kilkuletnią poprawę (z Kliniki Payra).

Pojedyńcze, konkretne przypadki, w których Liek przypuszcza sukces leczniczy cudotwórców w chorobach organicznych nie są przekonywujące. Sam również sceptycznie się ustosunkowuje do niektórych leczniczych wyników tych cudotwórców, głoszonych przez opisy laików. Dowodzi, że w pewnych przypadkach nie wahałby się odesłać chorego do Gallspachu, przyznaje się jednak, że uczynił to tylko w dwóch przypadkach i to z mało zadawalniającym wynikiem. Bardzo ciekawy jest rozdział o Zeileisie.

Zeileis z zawodu ślusarz przez przypadek stał się „lekarzem" i odkrył w sobie te zdolności. W Kissingen w nocy znalazł pewnego razu ciężko chorego mężczyznę na ławce, nie mogącego się poruszyć. Zeileis zajął się tym człowiekiem i dowiedział się, że cierpi na daleko posuniętą gruźlicę płuc a lekarze orzekli, że niema dla niego ratunku. Zeileis pielęgnował i uzdrowił go. Przypadek ten stał się sławnym i w krótkim przeciągu czasu Zeileis nabył rozgłosu, jako naturalista-cudotwórca. Po części bierze Liek Zeileisa w obronę: *„Gibt es ein Heilverfahren ohne Einsatz, ohne Risiko, ohne Mängel? Im Gerichtssaal hat Lazarus voller Empörung den Gallspacher Zauberstab zertrümmert. Eine symbolische, wenn auch nutzlose Handlung. Nützlicher wäre, wenn wir die Calmetteschen Kulturgläser zerschlügen"*. Zajmujący jest również opis osoby i metody Steinmeyera z Hahnenklee oraz pastora z Gudmannsbachu.

Liek przesadza, oceniając zbyt nisko wartość materjalnych metod leczniczych. Częściowo posiada słuszność, twierdząc, że wynik niejednej metody leczniczej, pomyślanej materjalnie w rzeczywistości opiera się na suggestji (raczej suggestywny, aniżeli materjalny wpływ zabiegu chirurgicznego na sympatyku w przypadku dychawicy oskrzelowej). Zbyt daleko zdaje się posuwa swoje twierdzenie Liek, głosząc, że nie od metody leczniczej, lecz od tego, kto leczy, zależy wynik. Dowodzi, że niejednokrotnie byłoby dla chorego korzystniejsze i mniej szkodliwe, gdyby mu miast leku wstrzyknąć z odpowiednią suggestją roztwór fizjologiczny. Przed kilkoma laty znaną była afera pewnego lekarza w Czechach, który wstrzykiwał chorym zamiast salwarsanu wodę. Według Lieka działał on może słusznie, ponieważ salwarsan może uszkodzić, woda natomiast nigdy. Zachodzi obawa, że ten

*) Był u nich osobiście i przypatrzył się ich pracy.

sposób myślenia może otworzyć jeszcze szerzej bramy szarlatańistwa, które trudno jest odgraniczyć ostro od leczenia suggestją. Prawdą natomiast jest, że wstrzykuje się niekiedy leki, często zbędne a dla ustroju nieobojętne. Liek wskazuje drogę, którą trudno uznać za słuszną, zbyt silnie bowiem i z przesadą podkreśla czynnik psychogenny. Irracjonalne wpływy psychiczne zawsze współdziałały w sztuce lekarskiej i będą nadal współdziałać, lecz rzeczywisty, niezaprzeczalny postęp leczenia odbywa się innemi drogami. Przecież leki, odkryte w czasie najnowszym, przynoszące pomoc rzeszom nieszczęśliwych (insulina, salwarsan, witaminy, leczenie niedokrwistości złośliwej wątrobą, i w. in.), zawdzięczają swe powstanie właśnie owej laboratoryjnej medycynie, o której się Liek wyraża z politowaniem.

To są ujemne strony książki, jest tam jednak wiele spraw, z któremi się w zupełności możemy zgodzić. Otwartą wojnę ogółu lekarzy przeciw cudotwórcom w rodzaju Zeileisa osiągnie się wprost odwrotny skutek; będzie to tylko reklama, a szerokie warstwy społeczeństwa dopatrywać się w tem będą zawiści konkurencyjnej. O wiele rozumniejsze jest nie poświęcać im wiele uwagi. U chorych, którzy garną się do nich, żaden lekarz nie osiągnąłby sławy i uznania; w przeważającej części są to ludzie, którzy już zmieniali nieraz lekarzy, leki i sposoby leczenia. Takim chorym lekarz nie może już imponować. Im imponują Zeileisy, a to tem bardziej, im większe absurdy kryją się w ich leczniczych metodach. Wkońcu należy sobie uświadomić, że Zeileis lub inny cudotwórca jest modą, a przeciw modzie trudno jest walczyć. Jednak jak na każdą modę, tak i na tę musi przyjść koniec.

Ungar (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd trachomatologji i Okulistyki społecznej, rok II, nr. 1, z roku 1932: J. Szymański: Czy prątek ziarnistości barwi się według Grama? — W. Gabel: Jaglica a wychodźctwo. — J. Neuman: Operacje plastyczne w bliznowatem odwinięciu powiek, w świetle danych Kliniki Ocznej Uniwersytetu Warszawskiego. — Z. Rostkowski: Państwowa kolumna dla zwalczania jaglicy w województwie wileńskiem.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok IX, nr. 15, z 14 kwietnia 1932: Z. Bychowski: Na marginesie banalnego przypadku padaczki. — L. Hirszfeld: Prawa Henlego-Kocha w świetle bakterjologji współczesnej. — D. Zuberbier: Ropnie nasady języka (dok.). — B. Glass: Technika leczenia ambulatoryjnego odmą sztuczną. — E. J. Gross: Kilka słów w sprawie wykrywania śladów hemoglobiny w moczu. — J. Berman: O t. zw. nacieczeniach okołoogniskowych w płucu (str. pogl. dok.). — K. Kosiński i J. Podwiński: Krytyka projektu kodeksu deontologji lekarskiej Naczelnej Izby Lekarskiej. (c. d.). — St. Adamowiczowa: Z zagadnień ludnościowych bieżącego stulecia (dok.).

Lekarz Wojskowy, tom 19, nr. 7, z 1 kwietnia 1932: M. Gąsiorowski: Służba zdrowia w marynarce wojennej. — E. Wertheim: Sprzęt transportowy w zastosowaniu do ewakuacji rannych i zagazowanych. — M. Montrym-Żakowicz: Statystyka strat od broni chemicznej w czasie wojny światowej (c. d.). — Fr. Białokur: Lekarze i medycy uczestnicy powstania styczniowego 1863—1864 roku i ich życiorysy (c. d.).

Medycyna praktyczna, rok V, nr. 3, z roku 1932: I. Korczyński: Klimat górski. — St. Okoniewski: Czerwoność nosa. — K. Bross: Zakrzepy i zatory w świetle nowych poglądów.

Kronika Dentystyczna, rok XXVII, nr. 1 za styczeń-luty 1932: Wilga: O zakażeniu ustnem.

Nowiny Lekarskie, rok XLIV, nr. 8, z 15 kwietnia 1932: E. Piasecki: Granice wysiłków sportowych. — W. Sterling: Stan współczesny nauki o chorobach zapalnych układu nerwowego. — W. Spychała: O znaczeniu diety bezsolnej w leczeniu gruźlicy płuc i skóry.

Młoda Matka, nr. 8, z roku 1932: M. Gromski: Dzieci nerwowe. — T. Lewenfiszowa: O wyciekaniu pokarmu z piersi.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse méd.

Nr. 103.

L. Bernard: *Dramat w Lubece i prątek BCG.* Autor omawia obszernie znaną tragedję w Lubece na podstawie wyroku, skazującego lekarzy przeprowadzających szczepienia tym prątkiem. Sąd po wysłuchaniu zdania biegłych stanął na stanowisku, że przyczyną śmierci kilkudziesięciu dzieci nie była szczepionka, czyli uznał, że prątek BCG nie nabył zjadliwości, tylko że te nieszczęśliwe przypadki zostały spowodowane błędnem przygotowaniem szczepionki w pracowni szpitalnej w Lubece (zanieczyszczenie prątkiem typu ludzkiego).

M. Brulé i R. O. Barbat: *Znaczenie alkoholu i kiły w powstawaniu marskości wątroby.* Autorowie na podstawie obserwacyj klinicznych i badań anatomo-patologicznych odmawiają słuszności tezie podtrzymywanej przez wielu badaczy, że kiła odgrywa ważną rolę w etjologji marskości wątroby. Zbijają argumenty serologiczne, terapeutyczne i anatomo-patologiczne, zaznaczając, że może się zdarzyć plastyczne zapalenie otrzewnej okołowątrobowej na tle kiły, ale typowa marskość wątroby, tak zanikowa jak przerostowa, występuje tylko u chronicznych alkoholików.

E. C. Craciun i V. Steopoe: *Oglądanie przewodów żółciowych (choledocho-hepatico-scopia).* Ponieważ często w czasie wykonywania zabiegu operacyjnego na drogach żółciowych należałoby oglądnąć błonę śluzową przewodów żółciowych, przeto autorowie podają na wzór ureteroskopji metodę choledochoskopji. Opisują technikę, omawiają obrazy, wartość rozpoznawczą i leczniczą tej metody.

Nr. 104.

A. Cade, Ph. Barral i J. Roux: *Klinika i patogeneza uczulenia na insulinę.* Autorowie omawiają przypadłości występujące u niektórych osobników w czasie leczenia insuliną. Uczulenie na insulinę jest niezależne od zmniejszenia cukru we krwi, ponieważ objawy uczulenia występują w krótkim czasie po wstrzyknięciu. Mają one raczej charakter wstrząsu anafilaktycznego, a klinicznie wyrażają się zwykle zmianami na skórze (pokrzywka, świąd, obrzęki). Obok ogólnych objawów wstrząsu często zdarzają się reakcje w miejscu wstrzykiwania (bóle, nacieki, nawet ropnie aseptyczne). Przypadłości takie zależne są przedewszystkiem od zanieczyszczeń insuliny białkiem zwierzęcem, autorowie przekonali się jednak w doświadczeniach na zwierzętach, że nawet najdokładniej oczyszczona insulina posiada własności antygenowe, i to różne od bydlęcego białka surowicy lub trzustki. Objawy wstrząsowe po czystej insulinie zdarzają się znacznie rzadziej jak po nieoczyszczonej, dlatego też w przypadku nietolerancji wystarczy zmienić preparat insulinowy.

R. Poinso: *Dziecięca Kala-azar (postać wątrobowa).* Autor obserwował 2 przypadki dziecięcej kala-azar, które różniły się od typowego obrazu klinicznego tem, że zamiast dużego przerostu śledziony na pierwszy plan wysuwał się olbrzymi przerost wątroby, a śledziona w stosunku do wątroby była tylko nieznacznie powiększona. Zresztą inne objawy były charakterystyczne dla tej choroby; przez punkcję śledziony można było stwierdzić lejszmanje. Leczenie antymonem dało dobre wyniki.

M. Fejgin: *Dalsze obserwacje w sprawie dożylnego stosowania alkoholu.* Autor opisuje 4 przypadki chorób płucnych (przewlekły ropny nieżyt oskrzeli, rozstrzeń oskrzeli z obfitą wydzieliną ropną i inne), w których przez dożylne zastrzyki 33% alkoholu otrzymał bardzo dobre wyniki lecznicze.

Skowroński (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. XXII. Nr. 1.

G. Kornfeld (Brooklyn, N. Y.): *Zachowawcze leczenie przedwczesnego odklejania się łożyska prawidłowo usadowionego.* Uwagi autora opierają się na obserwacji 50 przypadków przedwczesnego odklejania się łożyska, które wydarzyły się w żydowskim szpitalu w Brooklynie na 16 tysięcy porodów w czasie od 1918—1928 r. Cierpienie to występuje najczęściej pod koniec ciąży i to częściej u wieloródek, aniżeli u pierwiastek. Ogólnie panuje dziś przekonanie, że cierpienie to pozostaje w niewątpliwym związku z zatruciem ciążowem, z przewlekłem schorzeniem nerek

i stanem poprzedzającym rzucawkę porodową. Jako czynniki wyzwalające podają ogólnie uraz, ostre zakażenie, skręt macicy, krótką pępowinę, nagły poród jednego z bliźniąt. Niektórzy przyjmują specyficzne toksyny, powodujące zmiany w naczyniach krwionośnych w części gąbczastej łożyska. Pękanie tych naczyń jest początkiem krwawienia, które odkleja następnie łożysko. Hofbauer wykazał, że podobne skutki powoduje zatrucie histaminą. Drobnowidowo można wykazać odklejanie się włókien skutkiem obrzęku i krwawienia i następowe zwyrodnienie mięśniówki.

Różniczkowe rozpoznanie waha się jedynie pomiędzy tem cierpieniem a łożyskiem przodującem. W poszczególnych jednak przypadkach mogą zajść jeszcze inne powikłania ciąży jak np. pęknięcie macicy, uraz śródbrzuszny, i pęknięcie abscesu wywołanego zapaleniem ślepej kiszki. W rozpoznaniu różniczkowem między odklejonem a przodującem łożyskiem należy uwzględnić ostry atak bólu, shok, brak tętna płodu i brak łożyska podczas badania przez pochwę.

W omawianych 50-u przypadkach zastosowano leczenie polegające na przebiciu pęcherza, wstrzyknięciu pituitryny, w kilku przypadkach nawet rozszerzenie szyi. Raz tylko wykonano cięcie cesarskie, a to z powodu mylnego rozpoznania łożyska przodującego. Wyniki takiego postępowania były dobre, chorobliwość matek wynosiła bowiem tylko 14%, śmiertelność 0%.

A. C. Tiemeyer (Baltimore, Md.): *Przypadek przyrośniętego łożyska (placenta accreta).* Przypadek ten dotyczył 23-letniej wieloródki, u której wykonano nadpochwowe odcięcie macicy z dobrym wynikiem. Jest to zdaniem autora jedyne logiczne leczenie tego rzadkiego niemniej jednak poważnego cierpienia, którego rokowanie jest zawsze poważne ze względu na możliwość pęknięcia i następowego krwotoku macicy, podczas prób ręcznego odklejania łożyska. Dalszem następstwem jest zwykle ogólne zakażenie. Próby usunięcia łożyska narzędziami również kończą się zawsze przebiciem macicy, której ściany są bardzo cienkie. Jeśli zatem łożysko nie odchodzi, pomimo zabiegu Crédègo, a próby Mojon-Gabastona wykażą, że nie jest ono odklejone, można dla kontroli wejść ręką do macicy zachowując oczywiście ściśle aseptykę. Brak granicy odklejania się łożyska jest dowodem przyrośnięcia tegoż, a wówczas nadpochwowe odcięcie macicy jest jedynem wyjściem. W razie silnego krwawienia należy już przed zabiegiem lub w czasie tegoż wykonać przetoczenie krwi w dostatecznej ilości.

I. A. Siegel (Baltimore, Md.): *Rozbiór krytyczny 115-u przypadków łożyska przodującego.* Autor przekonał się, że leczenie łożyska przodującego metodami pochwowemi daje większą śmiertelność matek i płodów, aniżeli cięcie cesarskie wykonane wcześnie z zapobiegawczem przetoczeniem krwi, zwłaszcza w tych przypadkach, w których zamknięta szyja każe już zgóry przewidywać znaczne trudności w rozwiązaniu rodzącej przez pochwę.

Jedynie nieliczne tylko przypadki bocznego lub brzeżnego usadowienia się łożyska mogą nadawać się do operowania przez pochwę szczególnie, gdy płód nie żyje, a rodząca jest przypuszczalnie zakażona. Cięcie cesarskie brzuszne ratuje bowiem nietylko matkę, ale i płód niedonoszony w odpowiednich przypadkach.

M. Leff (New York N. Y.): *Śmierć płodu skutkiem krwawienia z pękniętego żylaka łożyska.* Opis przypadku.

K. Wiślański (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.
Klinische Wochenschrift.

Nr. 1. — 1932.

Prof. Victor Jollos: *Zmienność drobnoustrojów i znaczenie jej dla medycyny.* Sprawozdanie poglądowe.

A. Schittenhelm u. B. Eisler: *Poziom jodu we krwi i jego znaczenie fizjopatologiczne oraz kliniczne.* W 71 przypadkach choroby Basedowa dotychczas nieleczonych znajdywali autorzy stale wyższy poziom jodu we krwi aniżeli normalnie (norma w porze zimowej 7—9 γ %, letniej 9—12 γ %; $\gamma = 0{,}001$ mg). Zwiększenie poziomu jodu stwierdzali w granicach od 15 do 90 γ %. Autorzy nie stwierdzili, by między ciężkością schorzenia a poziomem jodu we krwi istniał związek, podobnie nie znaleźli związku między stopniem wzmożenia przemiany podstawowej a poziomem jodu. Leczenie promieniami Roentgena sprowadza poziom jodu we krwi do normy; jednakowoż objawy kliniczne chor. Basedowa mogą utrzymywać się nadal bez zmiany. Autorzy wyrażają pogląd, że w patogenezie tej choroby oprócz zmienionej czynności tarczycy bierze udział centralny system nerwowy, którego ośrodki wegetatywne są z tarczycą związane ściślej, aniżeli dotychczas sądzono. Na wzmożenie się poziomu jodu we krwi, które może być pochodzenia ośrodkowego, trzeba patrzeć jako na zaburzenie będące warunkiem powstawania sprawy chorobowej.

W przypadkach obrzęku śluzakowego znajdywali autorzy obniżenie poziomu jodu we krwi. W przypadkach otyłości tarczycznej zmniejszenie poziomu jodu we krwi może być uważane za kryterjum do przyjęcia takiego tła sprawy. Diagnostycznie przypisują autorowie badaniu poziomu jodu we krwi większe znaczenie, aniżeli określaniu przemiany podstawowej.

A. Schittenhelm u. B. Eisler: *Wpływ adrenaliny na poziom jodu we krwi.* Po podaniu dożylnem 0,005 mg adrenaliny u osobników normalnych z prawidłowym poziomem jodu we krwi, u osobników z obrzękiem śluzakowym z obniżonym poziomem J, oraz u osobników z zaznaczoną pobudliwością układu wegetatywnego z normalnym albo nieznacznie wzmożonym poziomem J we krwi, przychodzi do nagłego wzrostu poziomu J osiągającego swe maximum w 30" po injekcji, poczem następuje stopniowo obniżenie się poziomu aż do wartości wyjściowej. Odczyn taki spotykany w obrzęku śluzakowym wskazuje, że oprócz tarczycy są jeszcze inne organy, które oddziaływują na adrenalinę podobnie jak tarczyca osobnika normalnego. Odczyn innego typu zachodzi u chorych na chor. Basedowa, u których po injekcji adrenaliny nie przychodzi do podniesienia się poziomu J ale do obniżenia poniżej normy.

A. Schittenhelm u. B. Eisler: *Tyroksyna a centralny układ nerwowy.* Z eksperymentów autorów przeprowadzonych na psach, kotach i królikach wynika, że między zawartością jodu w pewnych częściach centralnego systemu nerwowego a dowozem tyroksyny zachodzi związek przyczynowy. Tyroksyna w centralnym systemie nerwowym działa w ten sposób, że przedewszystkiem gromadzi się w ośrodkach wegetatywnych w okolicy *tuber cinereum;* to gromadzenie się powoduje następnie zmiany w składzie ośrodków, które udzielają się obwodowi. Obecność albo brak tarczycy wpływa tylko na zawartość jodu w śródmózgowiu i *tuber cinereum,* natomiast inne części centralnego układu nerwowego nie wchodzą w tym względzie w grę. Autorowie wnoszą na tej podstawie, że związek między produktami gruczołów dokrewnych a ośrodkami wegetatywnemi centralnego systemu nerwowego jest bezpośredni.

Nr. 2. — 1932.

F. Schellong: *Spadek ciśnienia krwi po pracy fizycznej.* W uszkodzeniach przedniego płatu przysadki występuje znacznego stopnia obniżenie się parcia krwi, potęgujące się jeszcze przy ruchach aż do wystąpienia omdlenia i t. p. Autor przeprowadził badanie ciśnienia i częstości tętna u 550 osób, w pozycjach leżącej i stojącej, po podniesieniu wyprostowanych nóg i po wchodzeniu na schody. Obniżenie ciśnienia krwi stwierdzone w niektórych przypadkach wyjaśnia niektóre dolegliwości i zaburzenia, jak małą wytrzymałość, zawroty głowy i i., może zaś wskazywać u niektórych osobników na zaburzenie czynności przedniego płatu przysadki.

L. Wiślicki: *Nietypowe zejścia w cukrzycy.* Zwiększenie ilości dwuwęglanu sodu w płynie Ringera sprawia wzmożenie czynności oddechowej oraz glikolizy izolowanego mięśnia, niezależnie od wpływu koncentracji jonów wodorowych. Obniżenie ilości $NaHCO_3$ prowadzi przy równoczesnem wzmożeniu koncentracji jonów wodorowych do zmniejszenia się oddychania. Autor wyraża zapatrywanie, że w przypadkach cukrzycy, w których niema kwasicy, kończących się zejściem z powodu niedomogi układu krążenia nie dającej się opanować, przyczyną jest niedostatek zasad. Zaleca leczenie alkaljami w ciężkich przypadkach cukrzycy.

G. Stümpke: *Uczulanie dowolne na substancje chemiczne określone i wyciągi roślinne.* Przez śródskórne wprowadzanie świnkom morskim ciał chemicznych o znanym składzie oraz wyciągów kwiatów i traw w różnych rozcieńczeniach można wywołać u tych zwierząt uczulenie na te substancje, na które przedtem uczulenia nie wykazywały. Przebieg tych odczynów odpowiada spostrzeżeniom poczynionym zarówno klinicznie jak i eksperymentalnie u ludzi.

R. Enger: *Poziom cukru we krwi w zależności od czasu wstrzykiwania insuliny i podawania pożywienia.* Dla osiągnięcia najlepszego działania insuliny, obok należytego stosunku ilościowego insuliny do pożywienia i celowego dawkowania, ma także znaczenie uregulowanie racjonalne pór podawania pożywienia. Ponieważ maximum działania insuliny przypada później jak najwyższy wzrost krzywej cukru we krwi po podaniu pożywienia, okazało się celowem wkrótce po injekcji insuliny podawać tylko niewielką ilość jedzenia, natomiast główny posiłek podawać w $1\frac{1}{2}$—2 godzin po injekcji. Autor przytacza krzywe cukru we krwi po insulinie oraz po jednoczesnem podaniu węglowodanów, białka, tłuszczu i strawy mieszanej.

G. Pfeiffer: *Zapobiegawcze podawanie jodu.* Kozom mlecznym dodawano do karmy jużto jodek potasu już też jod związany biologicznie (roślinny) lub organiczny związek Jodtropon, poczem określano ilościowo jod w mleku. Stwierdzono, że przy podawaniu jodku potasu tylko około 30% jodu wydzielanego z mlekiem było w organicznym związku z białkiem; Jodtropon w porównaniu z jodkiem potasu asymilował się w 75%, jod roślinny w 85%.

G. Wiele: *Klinika zaburzeń przysadki.* Sprawozdanie z obserwacji trwającej bez przerwy prawie od 10 lat, chorej z guzem przysadkowym Erdheima.

C. Nordwig: *Nowy preparat siarczanu baru do przedstawienia śluzówki.* Poleca preparat Neobar (Merck) zarówno do diagnostyki żołądka jak i kiszki grubej. Śluzówkę doskonale można uwidocznić.

Karasiński (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z posiedzenia administracyjnego z dnia 13 stycznia 1932 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. F. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 16 grudnia 1931 r. odczytano i przyjęto.

Przyjęto na członka zwyczajnego kol. Godłowskiego Zbigniewa.

Kol. Prezes składa sprawozdanie z działalności naukowej Towarzystwa za rok ubiegły z jednoczesnem podziękowaniem kolegom prelegentom i kolegom demonstrującym ciekawe przypadki chorobowe. Jednocześnie zaznacza, iż ze względu na ciekawe tematy poruszane w wykładach, frekwencja była dość duża i liczba członków przewyższała w wielu wypadkach 100 osób.

Następnie dziękuje kolegom, pracującym w Zarządzie Krak. Tow. Lek. i składa specjalnie podziękowanie kol. skarbnikowi i długoletniemu kierownikowi tego działu w Tow. a jednocześnie doskonałemu znawcy i wybitnemu doradcy Prezydjum, jak również koledze gospodarzowi za przysporzenie dochodów Towarzystwu i za troskę o administrację domu. Przyszłemu Zarządowi pozostawia troskę o doprowadzenie do porządku urządzeń centralnego ogrzewania i uważa za wskazane na jednem z pierwszych następnych posiedzeń Krak. Tow. Lek. ustalenie drogą głosowania godziny, o której powinny się odbywać posiedzenia naukowe.

Kol. Prof. Gieszczykiewicz, sekretarz stały Towarzystwa składa sprawozdanie roczne z działalności Towarzystwa za rok 1931.

Kol. Ackermann, skarbnik, przedkłada sprawozdanie kasowe za rok ubiegły.

Kol. Karasiński, gospodarz, w sprawozdaniu swem zaznacza, iż część dochodów w ubiegłym roku przeznaczono na doprowadzenie do porządku centralnego ogrzewania; w przyszłym roku powinno się przeznaczyć pewną sumę na zakończenie tych inwestycyj jak również część dochodów należy zużyć na naprawę przewodów elektrycznych, które są w opłakanym stanie z powodu zamiany prądu elektrycznego w gmachu.

Kol. Spira, bibljotekarz, w sprawozdaniu rocznem zaznacza, iż obecnie przystąpiono po porozumieniu się z bibljotekarzem U. J. do nowego ułożenia książek, jak również i o zwiększonej frekwencji kolegów w czytelni, na którą przeznaczono oddzielną salę. Czytelnia jest wyposażona w 50 czasopism lekarskich, które niestety w związku ze zmniejszeniem dochodów trzeba będzie zredukować.

Ponieważ część kolegów nie zwraca czasopism w przepisanym 2 tygodniowym terminie, po porozumieniu się z Prezydjum postanowiono pobierać odpowiednią kaucję. Książki po uprzedniem jednodniowem zawiadomieniu członkowie otrzymać mogą również w czytelni. Kol. Bibljotekarz składa następnie podziękowanie pp. Prof. Ciechanowskiemu, prof. Rutkowskiemu i kol. Weinsbergowi za dary w postaci książek dla bibljoteki Towarzystwa.

Kol. Piotrowski imieniem Komisji rewizyjnej stawia wniosek o udzielenie absolutorjum ustępującemu Zarządowi Towarzystwa. W przemówieniu swem zaznacza, iż wielu członków Towarzystwa zalega ze składkami tak, że na zasadzie nowej ustawy skreślono z listy 20 kolegów ,co uważa za słuszne, jak również i korzystanie z § 8 ustawy, który pozwala przedsięwziąć środki prawne przeciw niepoprawnym dłużnikom. Uważa za konieczne, ażeby przyszły Zarząd rozwinął agitację i przedsięwziął kroki w celu zwiększenia liczby członków.

Dyskusja nad sprawozdaniem.

Kol. Prof. Wachholz składa podziękowanie wraz ze słowami uznania i pochwały dla ustępującego Zarządu za trudy i pracę, poniesioną dla dobra Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego. Kwestję ubywania członków Tow. widzi nietylko w kryzysie, który dotknął w pierwszym rzędzie stan lekarski, ale i również w wielkiej liczbie poszczególnych stowarzyszeń lekarskich, apeluje przeto do tych towarzystw, ażeby trzymały się wspólnego pnia Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, zamiast zamykać się w ciasnych kółeczkach. Wspomina, iż przed kilkudziesięciu laty, kiedy się zapisał do Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego nie posiadało ono własnego lokalu, stało jednak na wysokim poziomie naukowym i zajmowało się jednocześnie sprawami ekonomicznemi i moralnemi lekarzy. Z biegiem czasu te ostatnie przeszły do Izby Lekarskiej, która to instytucja od szeregu lat jakby zamarła i poza ferowaniem wyroków niczem się nie zajmuje, jakkolwiek do niej należy obrona stanu lekarskiego. Zastanawia się również, na co istnieje Związek Lekarzy P. P., gdyż poza wydawaniem pisma „Nowin Społeczno-lekarskich" o kierunku w każdym razie nienaukowym, niczem się ten Związek nie zajmuje. Jest przeto za likwidacją Związku Lek. P. P. a funkcje jego powinno przejąć Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Wspomina, iż poza normalnemi beneficjami dla członków tego najstarszego i najchlubniejszego Towarzystwa Lekarskiego określonemi ustawą, Krak. Tow. Lek. daje również i korzyści materjalne dla swych członków, a to z powodu udziału w majątku Towarzystwa Lekarzy b. Galicji, które posiada duży majątek — zdrojowisko Morszyn i poza tem udziela zasiłki zarówno lekarzom jak i wdowom i sierotom po lekarzach członkach Krak. Tow. Lek.

W celu przysporzenia członków Towarzystwu widzi konieczność obniżenia wkładek dla młodszych kolegów, przytem jest zdania, że należałoby obniżyć koszta prenumeraty Polskiej Gaz. Lek.; 20 zł*) kwartalnie uważa za cenę wygórowaną, gdyż pismo to powinno być organem Towarzystwa a nie przedsiębiorstwem i interesem. Przy okazji wspomina, iż 20 odbitek pracy, które przysyła redakcja autorowi jest ilością niewystarczającą.

Podnosi kwestję honorarjów za prace naukowe, które ze względu na ciężkie czasy mile byłyby widziane.

Co się tyczy kolegów dobrze sytuowanych a nie opłacających składek, uważa za słuszne w myśl ustawy Tow. iż powinno się pretensje Towarzystwa ściągać sądownie.

Kol. prof. Ciechanowski jest również zdania, że powinien być ściślejszy związek między poszczególnemi towarzystwami lekarskiemi, jak również powinno się urządzać wspólne posiedzenia, przez co z jednej strony członkowie mieliby możność uzupełniania wiedzy, z drugiej, dzięki dyskusji, zagadnienia poszczególne byłyby dokładnie i wyczerpująco omawiane, apeluje więc do Zarządu o podjęcie odpowiednich ku temu kroków.

Co się tyczy Pol. Gaz. Lek. to podkreśla zdanie swego przedmówcy co do obniżenia kwoty prenumeracyjnej, bo jest za wysoka. Jednocześnie zaznacza, że Spółka wydawnicza P. G. L. nie jest przedsiębiorstwem zyskownem i po opłaceniu kosztów administracyjnych i druku, nadwyżki przeznaczane są na cele dobroczynne (około 600 zł rocznie, które się przesyła do 4 środowisk większych i przekazuje po porozumieniu z poszczególnemi Izbami Lek.). Ponieważ w ostatnich czasach obniżono znacznie cennik drukarski, przez co uważa za więcej niż prawdopodobne, iż w związku z tem powinno się obniżyć prenumeratę P. G. L. i zwraca się imieniem miejscowych redaktorów do Prezydjum, ażeby wspólnie z kol. Wojciechowskim omówiono tę sprawę. W polskich gazetach lekarskich, poza Przeglądem Lekarskim, nie płacono nigdy honorarjum za prace naukowe — natomiast dodatek P. G. L. „Praktyka Lekarska" mający na celu interesa lekarza praktycznego opłaca artykuły po 10 zł od stronicy. Odbitki prac powinno się przysyłać autorom w większej ilości, gdyż koszt papieru jest minimalny pomiędzy 20 a 50 odbitkami. Za wadliwą rzecz w P. G. L. uważa dział sprawozdawczy, wina jednak nie leży w redakcji ale pośród członków-lekarzy. Brak jest streszczeń prac z poszczególnych klinik i nie można doprosić się referatu od młodego kolegi. Świat lekarski krakowski mało czyta, nie poczuwa się do obowiązku komunikowania się zapomocą sprawozdań, pomimo tego, iż Lwów (Redakcja P. G. L.) przysyła pisma, które uzyskuje w drodze wzajemnej wymiany; trudno jest znaleźć

---

*) Kwartalna prenumerata P. G. L. dla członków Tow. Lekarskiego wynosi 12 zł. (Przyp. Redakcji).

referenta, uważa więc za pożądane ustanowienie honorarjów za referaty.

Kol. Prof. Wachholz wspomina, iż w Krakowie obniżono już cennik drukarski, prawdopodobnie uczynił to samo Lwów, co wpłynie na obniżenie prenumeraty P. G. L.; przy sposobności zaznacza o wygórowanych cenach druku, skutkiem czego prace naukowe musiały być dotychczas drukowane w Cieszynie (Prof. Heinrich). Co do referatów, to podziela w zupełności zdanie prof. Ciechanowskiego.

Kol. prof. Latkowski zaznacza, iż klinika lekarska U. J. zawsze dostarczała i dostarcza referatów z prac naukowych; uważa za słuszne obniżenie młodszym kolegom opłat członkowskich; przy odpowiedniej agitacji uda się uzyskać większą ilość członków, których należy szukać wśród specjalistów; jako przykład cytuje, iż podczas jego prezesury, dzięki prof. Zubrzyckiemu, Towarzystwo zyskało 20 członków. Współpracę Tow. Lek. z innemi towarzystwami uważa za konieczną i potrzebną, co stosował podczas swego udziału w Zarządzie.

Kol. Prof. Ciechanowski prostuje, iż w swem przemówieniu poprzedniem nie mówił, iż klinika lekarska nie dostarcza referatów; zwraca uwagę Prezydjum, ażeby ściśle przestrzegano, ażeby nie przedłużać demonstracyj i ograniczyć pokazy w myśl ustawy do 10 minut.

Kol. Doc. Zieliński — w odpowiedzi prof. Wachholzowi — czem jest Związek Lekarzy P. P. i jakie jego jest zadanie? — stwierdza, że nie można obecnie mówić o związku jako martwej i biernej organizacji, przeciwnie okazuje on wielką żywotność i jest inicjatorem całego szeregu sekcyj zawodowych lekarzy (zdrojowi, sekcja szpitalna i t. p.), które powołał do życia i które się rozwijają. Stanowi on godną reprezentację stanu lekarskiego, ma rację bytu i szerzy ideę zjednoczenia lekarskich organizacyj zawodowych, co tem bardziej jest potrzebne i konieczne, iż sytuacja obecnie się zmieniła wobec ingerencji czynników rządowych; organem Zw. L. P. P. są Nowiny Społeczno lek.; takie czasopismo jest konieczne i potrzebne i mimo pewnych braków musi być utrzymane.

Kol. Prezes imieniem Zarządu zwraca się z prośbą do kol. prof. Wachholza o przedstawienie na jednem z przyszłych posiedzeń naukowych swoich wniosków, które dzięki darowi wymowy i jasności przedstawienia są najlepszym argumentem w celu przysporzenia członków Tow. Lek. Krak.

Wniosek kol. Piotrowskiego imieniem Komisji rewizyjnej o udzielenie absolutorjum ustępującemu Zarządowi przyjęto jednogłośnie.

Kol. Prezes komunikuje o wydrukowaniu statutu, który będzie się rozsyłać członkom, na czem zakończono sprawozdanie ustępującego Zarządu.

Kol. prof. Wachholz imieniem „komisji matki" przedstawia kandydatów na członków nowego Zarządu w myśl § 13 Statutu Towarzystwa: na prezesa — kol. prof. Waltera; na wiceprezesa — kol. płk. Maciąga; na sekretarza dorocznego — kol. H. Reissa. Reszta członków Zarządu w myśl § 13 p. a. pozostaje w tym samym składzie. Jako delegata do Tow. lekarzy b. Galicji w miejsce ustępującego kol. prof. Majewskiego proponuje kol. prof. Latkowskiego, który, jako były prezes Towarzystwa, doskonale zna stosunki i interesa finansowe Towarzystwa.

Głosowaniem *en block* przyjęto proponowany Zarząd Towarzystwa jednogłośnie.

Na wniosek kol. Ackermanna do komisji rewizyjnej wybrano dodatkowo zastępcę na czas choroby kol. Wachtla — kol. Br. Wojciechowskiego.

Kol. prof. Walter składa podziękowanie za zaszczyt, którym obdarza go Towarzystwo, wybierając go po raz drugi swym prezesem. Obiecuje nadal prowadzić na poziomie naukowym posiedzenia, przyczem apeluje do wszystkich członków o poparcie go w jego zamierzeniach. Wprowadzenie wspólnych posiedzeń z innemi Towarzystwami leży w jego programie, czego dał dowód w czasie zeszłego roku (podczas swej prezesury).

Leży mu na sercu wypełnienie wszystkich życzeń kolegów poruszanych w dniu dzisiejszym i odpowiednio do tego zmodyfikuje porządek dzienny posiedzeń naukowych.

Również ma na myśli wprowadzenie prelekcyj z poszczególnych działów medycyny, zwraca się więc do obecnych na sali dyrektorów klinik i ordynatorów o życzliwe przyjęcie tego punktu jego programu.

Kol. prof. Wachholz — składa podziękowanie ustępującemu sekretarzowi dorocznemu.

Sekretarz: *St. Roman.*

LIST DO REDAKCJI.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

Odpowiedź prof. Czubalskiego ze względu na treść, formę i poziom nie zasługuje na odpowiedź moją, treść bowiem odpowiedzi prof. Czubalskiego wzbudza we mnie wesołość, jej zaś forma i poziom — niesmak.

Jeśli odpowiedziałem na pierwsze oświadczenie prof. Czubalskiego, uczyniłem to tylko dlatego, ażeby prace młodych autorów metody „biodializatów" nie były pisane bezkrytycznie i nie były publikowane bez należytej oceny ich wartości i — *sit venia verbo* — bezkarnie.

Nigdy w życiu nie napisałem ani jednej pracy o „biodializatach" z tego prostego powodu, że nazwę „biodializaty" uważałem zawsze i uważam za niewłaściwą; ich „podstawy" i „zasady" (prof. Czubalskiego) za zupełnie błędne i sprzeczne z kardynalnemi wymaganiami nauki o wewnętrznem wydzielaniu, metodykę zaś „biodializatów" (kol. Gutowskiego i kol. Walawskiego) — za metodę nie wytrzymującą najlżejszej nawet krytyki endokrynologicznej.

Niech mi wolno będzie na zakończenie przytoczyć zdania Klaudjusza Bernarda, jednego z najgenjalniejszych twórców naukowego pojęcia o wewnętrznem wydzielaniu: *„Je vous ai montré que le foie établissait en quelque sorte le passage, en ce qu'il présente les deux espèces de sécrétions: celle de la bile, qui est une sécrétion externe, et celle du sucre, qui est une sécrétion interne". (Cl. Bernard. Leçon sur les propr. physiol. etc. Paris. 1859, t. II, p. 411—412).*

W pracy mojej (Lekarz Wojskowy Nr. 34. 1921) przytoczyłem następujące zdanie Klaudjusza Bernarda: „Z dziejów wątroby wynika bardzo dobitnie, że istnieją wydzieliny wewnętrzne t. j. wydzieliny, których produkt nie odpływa nazewnątrz, lecz dostaje się bezpośrednio do krwi". *(„L'histoire du foi établit maintenant d'une manière très nette, qu'il y a des sécretions internes c'est á dire sécrétion, dont le produit au lieu d'etre déversé á l'exterieur, est transmis directement dans le sang". (2) Claude Bernard. Leç. de physiol. exper. Paris. 1855. T. I. p. 96).*

Następnie w pracy tej stwierdzam, że Klaudjusz Bernard „konsekwentnie formułuje następujące określenie, które podajemy dosłownie: „Wydzieliny wewnętrzne są to, ogólnie rzecz biorąc, wydzieliny odżywcze, które służą do przygotowania składników elementarnych, przeznaczonych do odżywiania elementów histologicznych ustroju...". *(„Les sécrétions internes sont géneralement des sécrétions nutritives qui préparent les principes immediats destinés aux phenomènes de nutrition des élements histologiques (glycogène, albumine, fibrine, etc."). (3) Claude Bernard. Rapport sur les progrés et la marche de la physiol. génér. en France. Paris, 1867, p. 84).*

Sapienti satis est.

Uwagi zaś prof. Czubalskiego o protokołach Zjazdu nie dotyczą mnie najzupełniej, gdyż nie byłem ani członkiem Sekretarjatu Sekcji, ani członkiem Redakcji, i nie wkraczam nigdy w atrybucje obce, ani też za nie nie odpowiadam. Poczuwam się do obowiązku stwierdzenia, że uwagi te prof. Czubalskiego są wyssane z palca, na niczem nie oparte, a przedewszystkiem niesprawiedliwe.

Pismem niniejszem, które niechaj będzie ostateczną moją odpowiedzią dla Wielce Szanownej Redakcji i Czytelników, kończę tę dyskusję.

Jeszcze raz dziękuję Wielce Szanownej Redakcji za Jej prawdziwą względem mnie uprzejmość i proszę przyjąć wyrazy najgłębszego poważania oraz serdeczne koleżeńskie pozdrowienie.

Wilno, 14. kwietnia 1932.

Marjan Eiger.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Sprawozdania z działalności przychodni leczniczo-zapobiegawczych. W myśl okólnika Nr. 206 z dnia 24. XII. 1931 (Nr. OL. 4516/14) o periodycznych sprawozdaniach i wykazach poleciło Ministerstwo spraw wewnętrznych zawiadomić wszystkich kierowników przychodni leczniczo-zapobiegawczych, jako to: przeciwgruźliczych, przeciwjagliczych, przeciwwenerycznych i innych, że, poczynając od 1. I. b. r., obowiązani są przedkładać sprawozdania kwartalne zamiast miesięcznych. Do czasu ustalenia nowych wzorów sprawozdania te należy sporządzać na dotychczasowych drukach miesięcznych, na których

tylko należy zmienić odpowiednio nazwę okresu sprawozdawczego. Termin przedkładania sprawozdań kwartalnych właściwemu lekarzowi powiatowemu upływa 15-go dnia miesiąca następnego po ukończeniu kwartału sprawozdawczego. Do sprawozdania za czwarty kwartał należy jednocześnie dołączyć opis rocznej działalności przychodni ze szczególnem uwzględnieniem zmian organizacyjnych i prac specjalnych, dokonanych w ciągu roku. Powyżej wyszczególnione sprawozdania, po sprawdzeniu i wykorzystaniu ich przez właściwe organa I i II instancji, powinny być przedkładane Departamentowi Służby Zdrowia najpóźniej w ciągu miesiąca po upływie okresu sprawozdawczego jednocześnie ze wszystkich przychodni, czynnych na terenie Województwa. Sprawozdania te powinny być zebrane według działów, do każdego działu należy dołączyć wykaz przychodni, na którym należy odnotować zmiany, zaszłe w ciągu kwartału (otwarcie nowych przychodni, zamknięcie istniejących, zawieszenie pracy z powodu urlopów i t. p.).

Trzeci numer (marcowy) miesięcznika „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" zawiera w dziale artykułów dłuższe omówienie sejmowego projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem (jak się dowiadujemy Przegląd ma poświęcić najbliższe numery szczegółowemu przedyskutowaniu przez najwybitniejszych fachowców poszczególnych działów i zagadnień tego projektu) oraz artykuły pp.: H. Sukiennickiego: „Zarys ubezpieczenia społecznego na wypadek bezrobocia we Francji", S. Fiedorowicza: „Zastosowanie przepisów prawa spadkowego do jednorazowych odpraw", i J. Wengierowa: „Składka ubezpieczeniowa, jako dług pracodawcy w ubezpieczeniu pracowników umysłowych". Kronika przynosi między innemi wyczerpującą notatkę o najbliższej sesji Międzynarodowej Konferencji Pracy (kwiecień 1932), poświęconej sprawie ubezpieczeń na starość, na wypadek inwalidztwa i śmierci, oraz podaje plan działalności leczniczej Z. U. P. U. w r. 1932, jako też sprawozdanie z dyskusji w ciałach ustawodawczych nad ratyfikacją polsko-niemieckiej umowy o ubezpiecz. społ., podpisanej w czerwcu r. 1931.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, dnia 13. kwietnia b. r. o godzinie 8 wieczorem odbyło się w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4. zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracje chorych z oddziału chorób skórnych i wenerycznych Szpitala św. Łazarza (Ordynator: Dr. T. Dyboski). 2) Prof. Dr. Leon Wachholz: „Wiedeńczycy" (Ze źródeł archiwalnych i wspomnień osobistych).

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, dnia 20. kwietnia b. r. o godzinie 8 wieczorem odbyło się w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4. zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: Prof. Dr. Z. Szumowski: „Nerwice i psychozy średniowieczne".

Ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych (I. B) szpitala św. Łazarza, mianowany został Dr. Aleksander Oszacki, docent U. J.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XII. posiedzenie naukowe odbyło się w piątek dnia 15 kwietnia b. r. o godz. 18. w sali Polikliniki przy ul. Lindego 5. Porządek dzienny: 1) Kol. Sołtysik Adam: a) Plastyka stawu kolanowego, b) Szew stawu rzekomego wyrostka łokciowego (pokaz chorych). 2) Kol. Mierzecki H.: Z badań nad ręką robotniczą (pokaz własnych przeźroczy). 3) Kol. Liebhart St.: O hormonach płciowych kobiet (wykład).

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XIII. posiedzenie naukowe odbyło się w piątek dnia 22. kwietnia b. r. o godz. 18. w sali Polikliniki przy ul. Lindego 5. Porządek dzienny: 1) Kol. Schusterówna: Pokaz preparat. anat. z przypadku marskości wątroby u młodego osobnika na tle nieznanem. 2) Kol. Elmer: Kliniczne znaczenie badania ilości jodu w ustroju (wykład). 3) Kol. Ostrowski Tad.: Badania doświadczalne nad gojeniem się złamań kości przy użyciu szwu metalowego (wykład).

Poznań.

Wydział Lekarski Poznańkiego Tow. Przyjaciół Nauk rozesłał do swych członków następujące pismo: Wielce Szanowny Panie Kolego! Utrudnienie pracy lekarskiej związane z ogólną zmianą warunków społecznych i gospodarczych każe nam tem większy nacisk położyć na rozwój Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk jako naszego Towarzystwa Lekarskiego. Wydział ten, okazujący swą żywotność w czasach zaborczych i w okresie wskrzeszenia Państwa Polskiego, tembardziej dzisiaj ma do spełnienia ważne zadanie aktualne podnoszenia poziomu kultury naukowej i ogólnej swych członków. Wydział ten ma znaczenie nie tylko dokształcające, ale przedstawia znakomity teren wymiany myśli dla pracowników samodzielnych, pozwalając się przyjrzeć ich dziełu przed jego ostateczną publikacją czy nawet po jego publikacji. Niemniej z punktu widzenia urabiania opinji lekarskiej należy przypisywać posiedzeniom Wydzału Lekarskiego pierwszorzędne znaczenie. Zarząd Wydziału Lekarskiego zaszczycony in corpore ponownym wyborem poczuwa się zatem do obowiązku zwrócenia się do wszystkich Koleżanek i Kolegów należących do naszego Towarzystwa z gorącym apelem jak najżywszej współpracy. Bodźcem do niej może być jednak tylko liczne uczestnictwo w zebraniach, o nie zatem jak najusilniej prosimy. W głębokiem przekonaniu o niedoskonałości dotychczasowych wyników pracy, Zarząd uprasza wszystkich, którym dobro Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk leży na sercu, o łaskawą krytykę i podanie sposobów naprawy oraz przesłanie swych uwag w tej sprawie pod adresem Zarządu. *Zarząd Wydziału Lekarskiego T. P. N. Borowiecki, prezes.*

Wydział Lekarski Poznańskiego Tow. Przyjaciół Nauk. W sali wykładowej Kliniki Ocznej U. P., Wały Batorego 2 odbyło się V. posiedzenie Wydziału Lekarskiego T. P. N. w piątek, dnia 8 kwietnia 1932 o godz. 21.15 z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu. 2) Pokazy, m. i. z zakresu otolaryngologji i okulistyki. 3) Dr. Iwaszkiewicz: O szumach usznych. 4) Prof. Dr. Laskiewicz: O rentgenologicznym obrazie nosa i jam bocznych w nieżycie zanikowym nosa z cuchnieniem (ozaena genuina).

W sali wykładowej Kliniki Ocznej U. P. odbyło się VI. posiedzenie Wydziału Lekarskiego T. P. N. w piątek, dnia 22-go kwietnia 1932 roku o godzinie 20.15 z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu. 2) Wybór delegata W. L. do Rady Lekarskiej przy Nacz. Lek. K. Ch. 3) Sprawa czytelni czasopism lekarskich. 4) Pokazy. 5) Prof. dr. K. Mayer: Rozpoznawanie rentgenowe nieżytu uchyłkowego jelita grubego. 6) Ppłk.-lek. dr. S. Kozłowski: Spostrzeżenia nad opadnięciem jelit.

Z kraju.

Funkcjonarjusze państwowi z dniem 1 kwietnia muszą płacić należność za leki pobrane w aptekach. Z dniem 31 marca r. b. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22-go marca o państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych, sędziów i prokuratorów, członków ich rodzin, oraz emerytów. Rozporządzenie to uchyla obowiązek częściowego pokrywania przez Skarb Państwa należności za leki, wzięte w aptece przez funkcjonarjusza państwowego.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego. Na dorocznem ogólnem zebraniu Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego wybrano na rok 1932 następujący zarząd: Prezes: Dr. Kazimierz Suchodolski. Wiceprezesi: I. Dr. Jakób Puterman, II. Dr. Zygmunt Kotarski. Sekretarz: Dr. Franciszek Sztuka. Skarbnik: Dr. Maksymiljan Wołkowicz. Bibljotekarz: Dr. Mieczysław Welfe. Członkowie Zarządu: Dr. Karol Zahorski, Sławomir Starzyński, Benedykt Czarski, Michał Kozłowski. Sąd Koleżeński: Dr. Dr. Michał Kozłowski, Bolesław Budzyński, Sławomir Starzyński, Zahorski. Komisja Rewizyjna: Dr. Dr. Karol Faliński, Aleksy Zdanowicz, Józef Zelenay.

Ze świata.

Pokłosie uroczystości w związku z 50-leciem odkrycia prątka gruźlicy: W Niemczech nazwało dotychczas 12 miast jedną z swych ulic imieniem Roberta Kocha.

W związku z uroczystościami ku czci Kocha odznaczono szereg uczonych i lekarzy medalem państwowym za zasługi na polu zdrowia publicznego, ze znanych m. in. Gärtnera, Hüppe'go, Pfeiffera, Neufelda (srebrne), dalej L. Rabinowitsch, Kolle'go, Drygalskiego, Hetscha, Möllersa (bronzowe) i t. d.

Zmarli:

W Lipsku zmarł w wieku 78 lat sławny fizyk i chemik Wilhelm Ostwald.